REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tomo I No. 4

Lima - Perú
1938

Dirección : Revista de Neuro-Psiquiatría, Casilla 1589, Lima, Perú.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima Diciembre 1938 T. I. No. 4

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES :

Honorio Delgado, J. F. Valega y Carlos Gutiérrez-Noriega : Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina 463-498

Max González Claechea : Aracnoiditis espinal pseudo-tumoral en el curso de la neuro-axitis. Curación . . . 499-503

Carlos Krumdieck : Sobre el tratamiento de la alienación mental por el Cardiazol a dosis convulsivante . . . 504-515

Heitor Péres : La Psiquiatría y la asistencia de alienados en el Brasil 516-532

Federico Sal y Rosas : Tratamiento de las neurosis por el Cardiazol 533-550

Arturo Jiménez Borja : Iconografía esquizofrénica . . . 551-569

NOTICIA DE LIBROS :

Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale (C. G. N.) 570. —L. Corman : **Quinze lecons de morpho-psychologie** (J. O. T.) 571.— A. Gemelli y colaboradores : **Contributi del Laboratorio di Psicologia** (H. D.) 572.—Armando Jedlicky S. : **El sistema vegetativo** (Fernando Figari Diez Canseco) 563.—O. Lange : **O liquido cefalorraqui-**

(Sigue a la vuelta).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

diano em clinica (J. O. T.) 574.—Monrad-Krohn : **Clinical examination of the nervous system** (J. O. T.) 574.—Antonio Morales San Martín : **Tratamiento de la esquizofrenia por el shock hipoglicémico** (León Mejía) 575.— K. Schaffer y D. Miskolczy : **Anatomische Wesensbestimmung der hereditär-organischen Nerven-geisteskrankheiten** (J. O. T.) 575.—F. Vidal y B. Courtis : **Corteza visual (Estudio filogenético)** (J. O. T.) 576 570-577

REVISTA DE REVISTAS :

Annales Medico-Psychologiques. Jean Lhermitte : "Désordre de la fonction hypnique et hallucinations".—Honorio Delgado : "Traitement de la schizophrenie par le pentaméthyléntétrazol" (C. G. N.) 578.—**Annales d'Oculistique.** T. A. Vos : "La cataracte de la dystrophie myotonique".—J. S. Charamis : "Syndrome des sclérotiques bleues".—E. Hartmann y Louis Guillaumat : "Aspect du fond d'oeil dans les tumeurs intracraniannes. Etude statistique" (J. O. T.) 579. **Archives de Psychologie.** Ed. Claparede : "A propos d'un cas de perception syncrétique" (H. D.) 580.— **Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas.** Julio Endara : "Psicodiagnóstico de Rorschach y delincuencia" (Fernando Figari Diez Canseco) 581.—**Biologie Medicale.** G. Ichok : "Etudes sur la population francaise. Les psychopathes" (León Mejía) 582.—**Index.** E. E. Krapf : "La Patología cerebral según Karl Kleist" (Jorge Voto Bernales C.) 582.—**Journal of Nervous and Mental Disease.** Samuel Weingrow, T. Fitch y A. Pigott : "Some clinical neurological findings in epilepsy" (C. G. N.) 583.—**Medicina, Cirugia y Pharmacia.** J. Maroz : "Demencia paralitica e tabo-paralisia general na infancia" (J. O. T.) 584.—**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** V. E. Freiherr von Gebsattel : "Die Welt des Zwangskranken" (H. D.) 584.—**Nervenarzt.** Albrecht Langelueddeke : "Die Bedeutung des Cardiazolkrampfs für die Epilepsiediagnose" (H. D.) 586.— **Note e Riviste di Psichiatria.** Giorgio Sogliani : "Considerazioni su due casi di mioclonoepilessia di Unverritch" (J. O. T.) 588.— **Proceedings of the Royal Society of Medicine.** G. W. B. James, Rudolf Freudenberg & A. Tandy Cannon : "A year's experience of insulin therapy in schizophrenia" (H. D.) 588.— **Psychoanalytic Quarterly.** Gregory Zilboorg : "The sense of inmortality" (C. G. N.) 590.—**Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría.** Alfonso P. Quaranta : "Tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel (Insulinoterapia)" (León Mejía) 591.—**Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas.** Octavio Peralta V. : "La convulsivo-terapia en la esquizofrenía" (León Mejía) 591. **Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal.** Samuel Ramírez Moreno y Teodoro Flores Covarrubias : "Síndrome epiléptico y proceso aneurismático de la presa de Herófilo y de los senos laterales".—Juan Peón del Valle : "Aportación a la casuística de las pseudopercepciones" (León Mejía) 592.—**Rivista di Freniatria.** R. Pascualini : "Antiche e recenti vedute sull'anatomia patologica della demenza senile". —Paolo Ottonelo : "Contributo alla conocenza della patogenesi della considetta atrofia muscolare di origine cerebrale" (J. O. T.) 593.—**Schizofrenie.** Emilio Rizzatti : "Stato attuale dell'ematologia delle schizofrenie".—G. Borgarello : "L'eritrocitometria in psichiatria" 594.—G. Borgarello : "La piastrinometria in psichiatria".—G. Borgarello : "Studio del mielogramma in dementi precoci".—P. Cassiano y L. di Fortunato : "Reattivitá ematologica all'stamina nei dementi precoci e negli epilepttici" 595.—Giovanni Fattovich : "L'immagine di Arneth nelle convulsioni provocate con

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cardiazol negli schizofrenici" 596.—L. di Fortunato: "La infocitometria nella diagnostica differenziale distimie-schizofrenie" (P. Anglas Quintana) 597 478-597

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL :

Sesión del 5 de Octubre de 1938. Max González Olaechea: "Aracnoiditis enquistada en el curso de una neuro-axitis".—Federico Sal y Rosas: "El tratamiento de las neurosis por el Cardiazol" 598.—Sergio Bernales: "Recomendaciones sobre el diagnóstico precoz de la esquizofrenia" 599.—J. O. Trelles y Jorge Voto Bernales: "Epilepsia y reflejo óculo-cardíaco" 600.—**Sesión del 2 de Noviembre de 1938.** Luis Chávez Velando: "Significación clínica y fisiopatológica de la fotofobia" 600.—Jorge Valdeavellano: "Edema papilar, único síntoma de meningitis serosa" 601.—Carlos Gutiérrez-Noriega, F. Alarco y H. Rotondo: "Las convulsiones producidas por Coramina en gatos descerebrados" 601.—Carlos Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo: "Mecanismo de las crisis epilépticas producidas por el Cardiazol en sapos intactos y descerebrados" 602.—J. O. Trelles: "Un caso de poliomielitis anterior aguda, que mejora en poco tiempo con la fisioterapia continuada" 602.—**Sesión del 7 de Diciembre de 1938.** Sergio Bernales: "Circular de la Sociedad a los médicos de provincias" 602.—Federico Sal y Rosas: "El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol" 603.—Alejandro Arellano: "Síndrome de hemicorea" 604 . . 598-604

INFORMACION

Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas 605

Nuevas Revistas: Index. Revista ibero-americana de análisis bibliográficos de Neurología y Psiquiatría.—Neurobiologia 606

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima Diciembre 1938 T. I. No. 4

CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CON INSULINA

Por **HONORIO DELGADO, J. F. VALEGA y CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA**

Exponemos en este trabajo el resultado de la aplicación del método de SAKEL a la cura de la esquizofrenia y las observaciones que nos ha sido posible realizar durante los quince meses que lo hemos practicado. Como la presentación de los casos en forma de relato individual sería muy dispendiosa de espacio y de lectura pesada, hemos preferido condensar el resultado del análisis de los datos en forma lacónica. Iniciamos el tratamiento a mediados de julio de 1937 y tomamos como referencia del término de nuestras verificaciones el 31 de octubre de 1938. Quedan en tratamiento algunos enfermos, de los que no nos ocupamos en el presente trabajo.

Debemos al Comité Ejecutivo de Asistencia Hospitalaria de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima la autorización y los medios para realizar en el Hospital "Víctor Larco Herrera" la labor cuyo resultado exponemos aquí. Le expresamos nuestro reconocimiento por esto y por las facilidades que nos ha dado, muy apreciables dentro de los medios de que dispone. Asimismo, nos complacemos en significar nuestro reconocimiento al Dr. Fernando Loayza por haber puesto a nuestra disposición las enfermas de su servicio, en el que ha funcionado una de las dos estaciones de insulinoterapia de nuestra gestión. Agradecemos, en fin, al jefe del personal auxiliar, D. Andrés Carrillo Broatch, su inteligente y abnegada colaboración de todos los días.

TECNICA SEGUIDA

Las reglas de la técnica "clásica" de la insulinoterapia son las siguientes, según el criterio de FROSTIG, aceptado por MÜLLER:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1° El tratamiento debe centralizarse en estaciones de insulina, en las cuales es indispensable la vigilancia médica ininterrumpida durante todo el tiempo de la hipoglicemia, así como la colaboración de un personal de asistencia especialmente preparado. 2° El **shock** insulínico—correspondiente a la fase II de la cura—no es el único aspecto del tratamiento, aunque sí el más importante, cuyas etapas debe reconocerse con presición. El comienzo del **shock** tiene lugar cuando se presentan desórdenes motores (contracciones clónicas) o se puede verificar una pérdida del contacto con el mundo exterior (a la llamada, al tocamiento). La dosis debe escogerse de modo que el shock comience de la 2a a la 3a hora de la iny. y los síntomas finales no aparezcan antes de la 5a. 3° Se debe atender también a la dosificación durante el tratamiento, cuando se manifiesta la sensibilización o la adaptación a la insulina. 4° Un problema especial constituyen los **shocks** prolongados señaladamente cuando ocurren con un tenor normal de glucosa en la sangre o inclusive supernormal (hiperglicemia). Conviene tener aquí muy presente el peligro de excederse en la administración de azúcar con la idea del hiperinsulinismo. Lo mejor es propinar dosis pequeñas y repetidas de azúcar, iny. de Betaxina, así como practicar la punción lumbar e inyectar suero fisiológico. 5° Respecto de los ataques epileptiformes cabe diferenciar los de la fase inicial (1a y 2a hora después de la iny.) y los tardíos (en el coma profundo y señaladamente después de la administración de azúcar). Según la experiencia, los primeros son sin peligro y no requieren tratamiento (sin embargo, pasado el ataque debe interrumpirse la hipoglicemia). Los ataques que se presentan tardíamente, por el contrario, indican iny. de adrenalina e iny. endovenosa de glucosa.

Las únicas innovaciones hechas con respecto al método clásico en su aplicación a nuestros enfermos, se refieren a lo siguiente: 1o. interrupción de la fase II con una dosis mitad de la que produce coma o retorno a la fase I en los casos en que se observa debilitamiento físico, inapetencia, trastornos gastrointestinales, desórdenes del metabolismo en general, forunculosis etc., hasta que el paciente adquiere mejores condiciones físicas para soportar el tratamiento. También hemos aplicado con éxito la reducción de la dosis a los pacientes que se muestran muy decaídos después de cada coma producido con dosis pequeña. 2o. Omisión de la fase III, salvo en los pocos casos con escasa resistencia orgánica. 3o. Práctica sistemática de la graduación de la intensidad y de la duración del shock

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

1° El tratamiento debe centralizarse en estaciones de insulina, en las cuales es indispensable la vigilancia médica ininterrumpida durante todo el tiempo de la hipoglicemia, así como la colaboración de un personal de asistencia especialmente preparado. 2° El **shock** insulínico—correspondiente a la fase II de la cura—no es el único aspecto del tratamiento, aunque sí el más importante, cuyas etapas debe reconocerse con presición. El comienzo del **shock** tiene lugar cuando se presentan desórdenes motores (contracciones clónicas) o se puede verificar una pérdida del contacto con el mundo exterior (a la llamada, al tocamiento). La dosis debe escogerse de modo que el shock comience de la 2a a la 3a hora de la iny. y los síntomas finales no aparezcan antes de la 5a. 3° Se debe atender también a la dosificación durante el tratamiento, cuando se manifiesta la sensibilización o la adaptación a la insulina. 4° Un problema especial constituyen los **shocks** prolongados señaladamente cuando ocurren con un tenor normal de glucosa en la sangre o inclusive supernormal (hiperglicemia). Conviene tener aquí muy presente el peligro de excederse en la administración de azúcar con la idea del hiperinsulinismo. Lo mejor es propinar dosis pequeñas y repetidas de azúcar, iny. de Betaxina, así como practicar la punción lumbar e inyectar suero fisiológico. 5° Respecto de los ataques epileptiformes cabe diferenciar los de la fase inicial (1a y 2a hora después de la iny.) y los tardíos (en el coma profundo y señaladamente después de la administración de azúcar). Según la experiencia, los primeros son sin peligro y no requieren tratamiento (sin embargo, pasado el ataque debe interrumpirse la hipoglicemia). Los ataques que se presentan tardíamente, por el contrario, indican iny. de adrenalina e iny. endovenosa de glucosa.

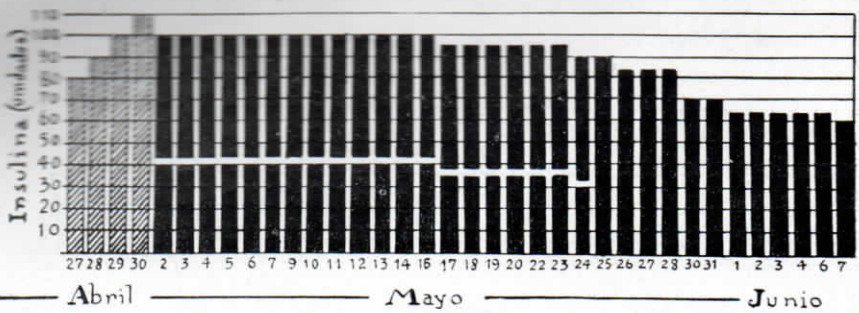
Las únicas innovaciones hechas con respecto al método clásico en su aplicación a nuestros enfermos, se refieren a lo siguiente: 1o. interrupción de la fase II con una dosis mitad de la que produce coma o retorno a la fase I en los casos en que se observa debilitamiento físico, inapetencia, trastornos gastrointestinales, desórdenes del metabolismo en general, forunculosis etc., hasta que el paciente adquiere mejores condiciones físicas para soportar el tratamiento. También hemos aplicado con éxito la reducción de la dosis a los pacientes que se muestran muy decaídos después de cada coma producido con dosis pequeña. 2o. Omisión de la fase III, salvo en los pocos casos con escasa resistencia orgánica. 3o. Práctica sistemática de la graduación de la intensidad y de la duración del shock

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en diferentes etapas, según el criterio de SAKEL (modificación de 1936, ulterior a la publicación de su libro). Esto entraña el gobierno de la cura según el cuadro clínico de cada día, no según el estado de la psicosis al comienzo del tratamiento: a) coma prolongado en los pacientes con síntomas paranoides y en general con psicosis productiva (método clásico); b) interrupción de la hipoglicemia en el momento del precoma—el que se trata de prolongar excitando al paciente—en los estuporosos que salen de ese estado en tal momento, sin llegar al de psicosis productiva (ni durante el shock ni en los intervalos entre shock y shock); c) fase I con 2 o 3 inyecciones diarias de insulina, aumentando la dosis con cautela hasta alcanzar la apropiada para que se produzca el shock (fase II) después de larga espera—prolongada con artificios—e interrupción de la hipoglicemia en el momento que el precoma tranquilo llega al máximum o se inicia el coma: esto se aplica a los catatónicos agitados, en los cuales, por otra parte, debe evitarse (propinando oportunamente agua azucarada) los primeros signos del desasosiego causado por el hambre. 4o. Omisión de la fase IV en muchos casos. 5o. Aplicación del método del zigzag de VON BRAUNMUEHL en los casos que requieren dosis altas de insulina para la producción del coma. Lo hemos aplicado en 8 casos, con resultado bueno en 3, mediocre en 2 y nulo en 3 casos. 6o. Práctica de un procedimiento nuevo para disminuir la cantidad de insulina en las mismas circunstancias en que está indicado el método del zigzag. Consiste en fraccionar la dosis inyectando a la hora acostumbrada un cuarto o algo menos de un cuarto de la dosis hasta entonces insuficiente para producir el coma y una hora después otra cantidad de insulina correspondiente a tres cuartos o algo menos de los tres cuartos de tal dosis. Se repite consecutivamente la dosis, de la misma manera, durante 4 o más días, según la sensibilidad del paciente, y después se ensaya la disminución de la primera dosis matinal, la pequeña, bajando de 5 en 5 unidades, y a continuación se reduce gradualmente la segunda dosis, la mayor, hasta estabilizarla, de acuerdo con el efecto logrado. Después se inyecta una sola dosis correspondiente a la suma de las dos fraccionadas, casi siempre con efecto de buen coma. Así, en un paciente que recibe sucesivas dosis de 80, 90, 100, 110 unidades sin llegar al coma, a las 5.30 a.m. se le inyecta 40 unidades y a las 6.30 am. se le inyecta 60 unidades, produciéndose el coma. Por ser paranoide, el enfermo requiere comas profundos, de manera que sólo después de 20 iny., posteriores

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a la iniciación de la dosis fraccionada, se le inyecta en una sola dosis 90 unidades, disminuyéndose gradualmente, y con éxito, desde la 14a. iny., como se vé en el esquema adjunto. En otro paciente que había adquirido apreciable resistencia a la insulina y no presentaba ya coma ni con 70 unidades (que sólo producían diaforesis y ligera somnolencia), el 1° de febrero se le inyecta 20/50 y tiene coma; se repite las iny. en la misma forma al día siguiente: tiene coma; el día 3 se le inyecta 70 unidades en una sola vez, y no se presenta el coma; el 4 se le pone 20/50 y tiene coma profundo; el 5 se le disminuye 5 unidades; 5 días más tarde se fija la dosis productora de coma en 55 unidades en una sola inyección. Este método de la dosis fraccionada se ha



comprobado eficaz en 11 de los 13 casos en que ha sido empleado. Incluso nos ha dado buen efecto en uno de los casos en que fracasó el del zigzag. El paciente no tenía coma con 90 unidades, se le aplica el zigzag en la forma siguiente: 90, 30, 90, 30, 90, 30, 90, 30, 90, 30, 90, 30, 80, 30, 80, 30, 80, 30, 80: ni un solo coma en 19 días de zigzag. Se inicia la dosis fraccionada: 30/50: coma; el tercer día el coma se hace profundo, tiene un ataque epileptiforme y dificultad para despertar; descansa un día y se repite un buen coma con 20/55 unidades.

RESULTADO TERAPEUTICO

Hemos tratado 76 pacientes. A causa de complicaciones no se terminó la cura en 3 de ellos. Por eso en esta parte de nuestra exposición sólo nos referiremos a 73 casos. Según la antigüedad de la psicosis, los distribuímos en 3 grupos: A, 41 pacientes con menos de medio año; B, 11 entre medio año y año y medio, y C, 21 con más de año y medio de enfermedad.

Los resultados son muy halagadores en lo que respecta a la proporción de remisiones logradas, no así en lo que atañe a la mor-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

talidad, a la cual dedicamos sección aparte. En el grupo A (41 casos) hemos logrado 39 remisiones (95,1%), 36 completas (87,8%) y 3 sociales, y 2 mejorías. Por remisión completa entendemos el retorno cabal al estado psíquico anterior a la psicosis; por remisión social el logro de un estado mental con aptitud para la vida de familia y la incorporación en el trabajo, con sólo manifestaciones menores de déficit o cambio del carácter; por mejoría, la disminución durable de los síntomas. En el grupo B (11 casos) los resultados son: 9 remisiones (81,8%), 7 completas (63,6%) y 2 sociales, y 2 mejorías. En el grupo C (21 casos): 6 remisiones (28,5%), 2 completas (9,5%) y 4 sociales (19%), 9 mejorías y 6 casos no modificados. El cuadro siguiente presenta los resultados en los tres grupos de pacientes:

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Remisión completa	36	7	2	45
Remisión social	3	2	4	9
Mejoría	2	2	9	13
Sin modificación	0	0	6	6
Suma . . .	41	11	21	73

A continuación analizamos los resultados, considerando los siguientes aspectos: 1o. sexo de los pacientes; 2o. forma y evolución previa de la esquizofrenia; 3o. duración del tratamiento; 4o. suma de los días de insulina; 5o. número de comas; 6o. total de horas de coma; 7o. cantidad total de insulina; 8o. dosis de insulina que produce el primer coma; 9o. término medio de dosis diaria de insulina en la segunda fase de la cura; 10o. ataques epileptiformes; 11o. tiempo de observación de los casos en los cuales remite la psicosis; 12o. recidiva.

1o. En lo que respecta al **sexo de los enfermos** hemos tratado 31 hombres y 42 mujeres con el siguiente resultado: las remisiones se presentan en el 70,9% de los hombres (16 completas y 6 sociales) y en el 76,3% en las mujeres (29 completas y 3 sociales). Tal vez condicione esta disparidad la mejor asistencia en la estación de insulinoterapia del servicio de mujeres.

2o. En lo tocante a la **forma de la esquizofrenia,** y según el resultado de la cura, nuestros enfermos se distribuyen como lo muestra el cuadro siguiente:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	Grupo A				Grupo B				Grupo C				Suma
	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	
Hebefrénicos .	2	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	7
Catatónicos . .	16	1	1	0	1	2	1	0	0	0	6	1	29
Paranoides . . .	18	2	0	0	4	0	1	0	1	4	3	4	37
Suma . . .	36	3	2	0	7	2	2	0	2	4	9	6	73

De este cuadro se desprende que de los 7 hebefrénicos, en 5 se produce la remisión completa, 1 mejora y 1 no es modificado. De los 29 catatónicos, 20 tienen remisión, completa en 17. De los 37 paranoides logran remisión 29, completa 23. Es digno de notarse que de los 12 paranoides del grupo C sólo en 1 se produce la remisión completa y en 4 la social, lo que confirma la resistencia al tratamiento de los casos antiguos, incluso de forma paranoide.

Con respecto a la **evolución previa de la esquizofrenia,** en 10 casos hay antecedentes de haber sufrido el sujeto la misma enfermedad, con remisión ulterior. De los 4 casos del grupo A, 1 es catatónico y 3 son paranoides; de los 2 del grupo B, 1 es hebefrénico y 1 paranoide; y de los 4 del grupo C, 1 hebefrénico y 3 catatónicos. En todos los de los grupos A y B se produce la remisión completa, en los del grupo C el único caso de remisión completa es el del hebefrénico, cuyo proceso "actual" tiene una evolución de 2 y 1/2 años; los otros 3 sólo mejoran (la antigüedad del proceso es de más de 3 años en 2 y más de 6 en 1). Parece desprenderse de estos datos—aunque el número es muy limitado—que la esquizofrenia que remite espontáneamente una vez es dócil al tratamiento.

3o. Según la **duración del tratamiento** nuestro material de observación comporta para el grupo A una cuantía cuya media aritmética es de 65 días, una máxima de 205 y una mínima de 13 días. De los 2 casos sin remisión uno tiene 51 días de tratamiento y el otro 105. En el grupo B la media aritmética de los casos con remisión es de 86,1 días, la máxima 171 y la mínima 34; los 2 casos sin remisión son tratados durante 49 y 72 días (no se prolongó más la cura por presentarse en ambos serios desórdenes gastro-intestinales). Al grupo C corresponden estos datos: a) casos de remisión: media aritmética 61,8 días, máxima 112, mínima 27; b) los otros casos: media aritmética 111,1 días, máxima 329, mínima 65. Conside-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ramos que nuestra labor terapéutica no ha fallado por defecto en ninguno de los aspectos.

4o. La **suma de los días de aplicación de insulina** se compendia en este cuadro, en que se cifra la media aritmética, la máxima y la mínima para cada grupo:

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M.A.	Máx.	Mín.	M.A.	Máx.	Mín.	M.A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	43	105	10	63,4	127	29	45,6	72	24
Casos sin remisión .	48,5	62	35	41,5	42	41	74,1	137	52

5o. El **número de comas** suscitados no da (como sí sucede con el número de días de insulina) idea de la extensión del tratamiento en todos nuestros casos pues, como queda dicho, cuando los enfermos se hallaban agitados o con estupor, siguiendo el criterio de SAKEL, evitamos llegar al coma. En uno de nuestros pacientes se produjo la remisión sin un solo coma. El cuadro siguiente muestra la proporción de comas:

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	24,3	80	2	35,8	76	10	31,3	61	12
Casos sin remisión	28,5	38	19	16	28	4	49,6	110	21

6o. El **total de horas de coma,** que no es correlativo con el número de comas, por la misma razón que antes aducimos, esto es que cuando llega a producirse el coma en los estuporosos y agitados, abreviamos su duración, mientras que en los paranoides la prolongamos dentro de los límites que aconseja la prudencia. He aquí la síntesis de los datos correspondientes:

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	39,1	98	4	53,1	118	10	51,5	79	26
Casos sin remisión	60	79	41	18,5	34	3	86,7	215	23

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

7o. La **cantidad total de insulina** empleada en cada caso varía mucho, según factores extraños al resultado terapéutico, salvo que los agudos (grupo A) requieren menor cantidad que los subagudos y los crónicos (B y C) cuando la cura es eficaz. El cuadro siguiente indica la cuantía en unidades:

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	1748	6100	345	3429	11690	630	1940	3835	990
Casos sin remisión	1249	1605	893	2268	3070	1467	3885	9745	1970

En los 73 enfermos hemos empleado 197433 unidades de insulina Mulford, incluyendo el tratamiento de las recidivas, lo que da una media aritmética general de 2704 unidades por enfermo.

8o. La **dosis de insulina que produce el primer coma** ha variado conforme expresa en unidades el cuadro que sigue:

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	55,2	110	18	65	95	30	60,8	80	35
Casos sin remisión	45	60	30	75	90	60	72,2	140	40

Como en el caso de la cantidad de insulina, se manifiesta aquí el hecho de que los enfermos del grupo B requieren una cantidad mayor que los del grupo C y mayor todavía que los del grupo A. Sería interesante verificarlo en un número considerable de casos. Esta concordancia, unida a otras, sobre todo el resultado terapéutico mismo, parece que justifica la separación de los pacientes según la duración de la enfermedad: de menos de medio año, de medio año a año y medio, y de más de año y medio, como relacionada con algo esencial a la evolución de la psicosis.

9o. El **término medio de la dosis diaria de insulina en la segunda fase de la cura** se distribuye, en unidades, de la manera siguiente:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	Grupo A			Grupo B			Grupo C		
	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.	M. A.	Máx.	Mín.
Casos con remisión	42,1	110	16	47,7	70	30	50,8	65	30
Casos sin remisión	36	50	22	40	55	25	57	140	25

10o. Los **ataques epileptiformes,** cuya importancia es objeto de discusiones, requieren atención especial*. Por ahora nos contentaremos con precisar los hechos esenciales que se resumen en el cuadro siguiente:

	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Total
	Con at.	Sin at.	Con at.	Sin at.	Con at.	Sin at.	
Casos con remisión . .	18	21	4	5	3	3	54
Casos sin remisión . .	1	1	0	2	6	9	19
Suma de casos con at.	19		4		9		32
Suma de casos sin at.		22		7		12	41

Lo que atañe al **número de ataques** se distribuye en el cuadro que figura a continuación, en el cual no están representados 2 casos que tuvieron ataques subintrantes, de los que nos ocuparemos después:

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Casos con remisión . . .	43	28	23	94
Casos sin remisión	1	0	32	33
Suma	44	28	55	127

Yendo al detalle, encontramos que en los pacientes del grupo A, sólo tiene 1 ataque uno de los que mejora (el otro no tuvo ataques); de los que logran remisión, 8 tienen 1 ataque, 3 tienen 2 ataques, 2 tienen 3 ataques, 1 tiene 5 ataques, 1 tiene 6 ataques, 1 tiene 12 ataques y en 2 se presentan ataques subintrantes (en uno 19 y en otro 40): en todos los que tienen 3 o más ataques, incluso los que los

* Está en preparación un análisis minucioso de nuestro material acerca de este punto, trabajo encomendado a nuestro colaborador D. León Mejía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sufren subintrantes, se presenta la remisión completa. En los enfermos del grupo B, sólo se presentan ataques entre los que tienen remisión: 2 con 1 ataque, 1 con 9 ataques y 1 con 17 ataques—en los 4 la remisión es completa. En el grupo C las cosas pasan de otro modo: en 2 pacientes se presenta 1 ataque (los 2 son casos con remisión); 3 tienen 2 ataques, 1 tiene 6 y 1 tiene 7 (los 5 sin remisión); 1 tiene 9 ataques, caso con remisión social, y 2 sufren 13 ataques cada uno, sin lograr más que mejoría. Este conjunto de hechos demuestra que los ataques epileptiformes no son esenciales a la cura con insulina, pero demuestra también que los ataques numerosos concuerdan con la remisión completa en los casos agudos y subagudos, no así en los crónicos. Es lo mismo que acontece con el método de VON MEDUNA.

11o. El **tiempo de observación posterior a la remisión** alcanza de 12 a 15 meses en 7 casos, de 6 a 12 meses en 18 casos y de menos de 6 meses en 28 casos. No figura aquí un caso (No. 65) de remisión social del grupo C, que falleció un mes después de terminada la cura y del cual habremos de ocuparnos después. Con relación a los grupos el tiempo de observación se distribuye así (excluyendo también el caso No. 65):

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
De 12 a 15 meses	5	2	0	7
De 6 a 12 meses	16	2	0	18
Menos de 6 meses . . .	18	5	5	28

12o. Nos queda por considerar las **recidivas.** En número de 7, corresponden 1 al grupo A y 6 al grupo C. La del grupo A (Caso No. 6) logra remisión completa con la segunda cura. De los 6 casos del grupo C en 5 hay tiempo para tratarlos por segunda vez. En 3 se produce remisión social (uno de los cuales fallece después, No. 65), 1 mejora y 1 no es modificado. A este propósito debemos indicar que en la elaboración del material y en nuestra exposición hasta ahora sólo hemos considerado el resultado del tratamiento en relación con el estado final después de la recidiva. El caso de la recidiva no tratada todavía se cuenta entre los no modificados. Dado el interés que tienen las recidivas y la escasez de datos publicados sobre el particular, a continuación condensamos los datos de los 7 casos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

I Caso No. 6. Mujer, de 34 años, catatónica, 6 meses de enfermedad, aproximadamente. 1a. cura, del 20.IX. al 4.XII.37, 75 días, 56 días de insulina, 28 comas, el primero con 35 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 25 unidades, 48 horas de coma, sin ataques epileptiformes. 1437 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 41 kgr., después 46 kgr. Enfermedad intercurrente : desórdenes gastrointestinales. Remisión completa que dura 6 meses.—2a. cura, del 10.VI al 17.IX.38, 100 días, 75 días de insulina, 53 comas, el primero con 40 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 25 unidades, 128 horas de coma, 5 ataques epileptiformes, 1280 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 63 kgr., después 65 kgr. Remisión completa.

II. Caso No. 57. Hombre, de 25 años, paranoide, enfermedad probablemente de algo más de año y medio. 1a. cura, del 26.VII al 16.X.37, 83 días. 72 días de insulina, 61 comas, el primero con 80 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II: 50 unidades, 76 horas de coma, sin ataques epileptiformes, 3835 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 69 kgr., después 78 kgr. Remisión completa que dura 3 meses.—2a. cura, del 14.III al 30.VII.38, 139 días, 119 días de insulina, 75 comas, el primero con 80 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 50 unidades, 125 horas de coma, 9 ataques epileptiformes, 6480 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 74 kgr., después 82 (en la acutalidad 86). Remisión social (acaso completa).

III. Caso No. 63. Hombre, de 22 años, paranoide, 3 años de enfermedad. 1a. cura, del 13.IX al 6.XII.37, 84 días, 52 días de insulina, 30 comas, el primero con 75 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II: 45 unidades. 64 horas de coma, sin ataques epileptiformes, 2230 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 47 kgr., después 52 kgr. Mejoría (disimulación completa de la psicosis), que dura 14 días.—2a. cura del 1.II al 4.VI.38, 124 días, 96 días de insulina, 75 comas, el primero con 80 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 65 unidades, 104 horas de coma, 13 ataques epileptiformes, 5165 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 50 kgr., después 56 kgr. Mejoría (que está en vías de desaparecer).

IV. Caso No. 65. Hombre, de 36 años, paranoide, 1 año 8 meses de enfermedad. 1a. cura, del 13.XII.37 al 8.I.38, 28 días, 24 días de insulina, 15 comas, el primero con 60 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 50 unidades, 26 horas de coma, sin ataques epileptiformes, 990 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 85 kgr., después 92 kgr. Remisión completa, que dura 3 meses.—2a. cura, del 6.V al 24.VIII.38, 110 días, 54 días de insulina, 42 comas, el primero con 65 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 100 unidades (en dosis fraccionada), 47 horas de coma, sin ataques epileptiformes, 3730 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 88 kgr., después 78. Remisión social. Fallece 32 días después de terminado el tratamiento (véase lo correspondiente en lo relativo a la mortalidad).

V. Caso No. 70. Mujer, de 27 años, paranoide, hija de esquizofrénica paranoide crónica, enfermedad de 1 año 8 meses, aproximadamente. Tratamiento del 18.VII al 8.X.38, 81 días, 57 días de insulina, 22 comas, el primero con 54 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 90 unidades, 49 ho-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ras de coma, sin ataques epileptiformes, aunque sí prolongadas fases de mioclonias generalizadas; 3031 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 36 kgr., después 45 kgr. Remisión completa, que dura pocos días. Es internada nuevamente el 25.X, y en el hospital su mentalidad es aparentemente normal. La causa que la propia paciente señala a su recidiva es la actitud de sus familiares, todos llenos de desconfianza respecto de su estado mental, y uno, psicopático, que hace de jefe de la familia, se empeña en obligarla a que se case con un viejo hacia el cual ella siente viva repugnancia.

VI. Caso No. 72 Mujer, de 27 años, paranoide, personalidad psicopática, madre esquizofrénica y padre psicopático, enfermedad de más de 3 años. 1a. cura, del 15.IX al 20.XI.37, 67 días, 58 días de insulina, 33 comas, el primero con 65 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 65 unidades, 46 horas de coma, sin ataques epileptiformes, 2835 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 32 kgr., después 40 kgr. Remisión completa, que dura 3 meses 27 días. La recidiva parece motivada por el desvío del esposo, que abandona a la paciente por seguir a otra mujer.—2a. cura, del 21.III al 28.V.38, 69 días, 60 días de insulina, 44 comas, el primero con 80 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 50 unidades (dosis fraccionada), 77 horas de coma, sin ataques, 2890 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 37 kgr., después 43 kgr. No modificada (tuvo 2 meses de mejoría).

VII. Caso No. 73. Mujer, de 28 años, paranoide, enfermedad de 4 años. 1a. cura, del 8.X al 9.XII.37, 63 días, 54 días de insulina, 48 comas, el primero con 35 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 45 unidades, 79 horas de coma, sin ataques, 2267 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 40 kgr., después 44 kgr. Remisión social, que dura cerca de 3 meses.—2a. cura, del 28.III al 28.V.38, 62 días, 47 días de insulina, 41 comas, el primero con 65 unidades, término medio de la dosis de insulina en la fase II : 45 unidades, 67 horas de coma, sin ataques, 1945 unidades de insulina. Pesa antes de la cura 42 kgr., después 45 kgr. Remisión social.

Además del resultado de la segunda cura, comentado antes, es digno de señalarse en los 6 casos tratados dos veces las particularidades siguientes: el número de días de insulina, la dosis del primer coma, el número de comas y de horas de coma son notablemente mayores en la segunda cura en todos los casos menos en uno; el término medio de la dosis de insulina en la fase II es igual para las dos curas en 3 casos, mayor en la segunda en 2 casos y en la primera en 1 caso; la cantidad total de insulina es mayor en la segunda cura en 4 casos, ligeramente menor en 2 casos. Considerados los 7 casos de recidiva en lo que respecta a la antigüedad de la psicosis, tenemos que ésta es de 6 meses en 1 caso, 1 y 1/2 años en otro, y año 8 meses en 2 casos, 3 años en otros 2 y 4 años en el último. De todos modos, parece evidente que la propensión a la re-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cidiva se relaciona con la antigüedad de la psicosis, pues de los 52 casos de los grupos A y B sólo en 1 se presenta, mientras que se manifiesta en 6 de los 21 casos del grupo C.

OBSERVACIONES PSICOPATOLOGICAS EN EL CURSO DEL SHOCK

Las manifestaciones psíquicas que se producen en el curso del shock hipoglicémico son muy complejas y variables, lo cual ofrece serias dificultades a todo ensayo de sistematización. En esta sección vamos a diseñar el cuadro general de los disturbios psíquicos pre y postcomatosos, considerando aisladamente cada alteración; trataremos después de establecer la relación que ellos tienen con las personalidades mórbida y premórbida.

Los efectos psicocinéticos del estado hipoglicémico son muy inconstantes. Algunos pacientes apenas son estimulados, no ofrecen reacciones ni antes ni después del coma. En estos casos el shock hipoglicémico parece un simple estado de narcosis. La insulina actúa en tal evento como verdadero hipnótico sin producir efecto en la esfera motriz. En otros pacientes la insulina produce perturbaciones del tipo de la embriaguez etílica, con rica producción psicocinética. Un mismo paciente puede ofrecer ambas formas de reacción, lo cual dependerá de factores diversos, siendo uno de ellos la fase del proceso curativo. En efecto, hemos observado que a medida que se establece la mejoría se atenúan los estados de excitación pre y postcomatosos, es decir, al mismo tiempo que se esfuma la psicosis se esfuma también la intensa acción psicomotriz del estado hipoglicémico.

A continuación resumimos los efectos psicopatológicos generales que hemos advertido en el curso del shock.

1º **La mímica, la actitud y el lenguaje** experimentan singulares anomalías en la fase de excitación. Muchos pacientes expresan ansiedad y desesperación, con los ojos desmesuradamente abiertos, en otros hay señales de ira o de alegría exultante; en algunos casos la cara se desfigura en rictus doloroso; pero lo más típico son las muecas y la gesticulación desordenada. Tales manifestaciones han sido frecuentes en los hombres y relativamente raras en las mujeres. La actitud es desasosegada, inestable en los sujetos que experimentan excitación, y de un embotamiento progresivo en los que reaccionan depresivamente. El lenguaje se perturba profundamente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a medida que progresa el estado hipoglicémico. Al principio hay verborrea, alteraciones del timbre y del acento; luego sobreviene una dislalia típica, las palabras se enuncian de manera dificultosa, con énfasis en ciertas sílabas; más tarde se abrevian y disgregan, se emiten sólo sílabas y se acaba en simples gritos. En una palabra, se asiste a una desintegración progresiva de la vocalización.

2° La **orientación** experimenta alteraciones menos típicas. En los pacientes lúcidos o bien orientados antes del shock, se producen variables modificaciones que culminan en la desorientación general. Por los relatos de algunos enfermos juzgamos que se llega a una absoluta perturbación alopsíquica. creen flotar sobre el mar, caer en el espacio, estar en un desierto etc. Más interesantes son las falsas orientaciones que surgen, por lo común, con reactivación del sistema delusivo-alucinatorio; el paciente entonces cree estar en otro mundo, en el infierno, en su casa etc.

3° La **capacidad de relación con el medio circundante** experimenta mengua en algunos casos, sobre todo en los pacientes lúcidos, por efecto del embotamiento de la conciencia. Lo contrario sucede en los pacientes con autismo, introversión o negativismo: manifiestan un impulso de conexión con el ambiente, con sus semejantes, la necesidad de reclamar auxilio, de exteriorizar ciertas ideas, quebrantando el mutismo. Pero lo más significativo y característico es, en este aspecto, la necesidad que experimenta el enfermo de ser auxiliado o de tener compañía. Muchos actúan como niños miedosos y suplicantes que se angustian al verse solos, comportándose como tales cuando el médico o el enfermero se acerca o les toca; algunos piden que se les tenga de la mano y otros solicitan palabras de consuelo y seguridad acerca del tratamiento. Este es uno de los más interesantes aspectos de la reacción mental de la hipoglicemia que anticipa la desmembración del autismo, patente en época ulterior con la prosecución del tratamiento.

4° La **atención** sufre, como es lógico inferir, una merma general por la acción hipnótica del estado hipoglicémico. Esto no acontece, sin embargo, en forma absoluta, pues en ciertos enfermos aproséxicos o catatónicos esta facultad se exalta en direcciones unilaterales: de los alimentos en caso de hambre, de la persona del médico o del enfermero en los estados de angustia. En general, se exterioriza una te capacidad de aproximación y contacto con el objeto lleno de sentido vital en aquel instante.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

5° La **afectividad** es una de las actividades que más profundamente se modifican por el estado hipoglicémico. Lo más común es la manifestación de sentimientos sin contenido, sin objeto, sobre todo angustia, inquietud o euforia, que en muchos casos adquieren proporciones inusitadas. El enfermo exterioriza tempestuosamente sus sentimientos (incontinencia o labilidad emocional). Las reacciones explosivas de ira o de agresividad, son frecuentes en las formas con rasgos maníacos. En todo caso las proyecciones emotivas hacia el medio son más intensas; hemos observado que ellas son de carácter psicósico al principio del tratamiento (v. g., sentimientos de hostilidad contra el médico); paulatinamente, con el proceso del tratamiento, tales proyecciones se suavizan, pierden su sentido antisocial, agresivo y violento, y cuando la remisión empieza a tomar cuerpo, sólo se expresan sentimientos afables y de gratitud. En los paranoides con autismo la emotividad experimenta una liberación y normalización progresivas; en cada nuevo shock se aprecia—en los casos en que el tratamiento se desarrolla favorablemente—que las proyecciones afectivas son más congruentes y realistas. Por lo demás, en el estado de psicosis productiva los sentimientos ofrecen cualidades que corresponden a las alteraciones mentales típicas: en algunos pacientes hemos observado sentimientos expansivos, con sobrevaloración del yo, o, por el contrario, estados afectivos de insuficiencia personal, de tortura interior, de terror, o, finalmente, estados de embotamiento profundo. También son características las manifestaciones de pueril ismo afectivo antes o después del coma. La evolución general de las manifestaciones afectivas es la siguiente: durante la fase psicósica, el estado hipoglicémico pre y postcomatoso suscita intensas reacciones afectivas, que la mayoría de las veces corresponden a la exageración de la distimia característica del paciente; durante la fase de remisión, la distimia del shock es menos intensa y se aproxima a la reacción que bajo el mismo estímulo expresaría la personalidad premórbida.

6° Las **alteraciones de las tendencias instintivas** son frecuentes e intensas durante el estado hipoglicémico. Se tiene la impresión de que el shock insulínico conmueve profundamente la esfera de los instintos, y hay más de una razón para sospechar la participación de fuertes estímulos diencefálicos. En primer lugar advertimos que en muchos enfermos la insulina actúa como un verdadero hipnótico, sobre todo en aquellos enfermos que experimentan por todo efecto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un sueño tranquilo y profundo, y es singular —como hemos observado en enfermos que no tuvieron verdaderos comas ni convulsiones— que esta simple acción somnífera tenga efectos terapéuticos. En otros pacientes la mejoría se manifestó ya en el período inicial de la insulinoterapia, bajo el efecto de medianas dosis, que sólo producían ligera somnolencia. En ciertos casos la semejanza del sueño hipoglicémico con el normal llegó al extremo de manifestarse en el curso de aquél imágenes oníricas; y, si hemos de creer en las revelaciones de ciertos pacientes lúcidos, se experimentan los estados de transición, con todo el cortejo de alteraciones del pensamiento y de la percepción que entonces ocurren; la diferencia con el sueño normal estriba en que la transición de la vigilia al sueño es en éste muy rápida, mientras que bajo la acción de la insulina se prolonga considerablemente: el paciente experimenta entonces la sensación de estar semidespierto, sus percepciones se tornan nebulosas, "como sombras", y tiene experiencias hipnagógicas. Los estados de intensa y desordenada agitación que se manifiestan en los períodos pre y postcomatoso también deberían ser considerados como resultado de alteraciones del instinto; tales agitaciones, que sobrevienen en forma constante en ciertos enfermos y faltan en la mayoría, representan el disturbio opuesto al sueño provocado por la insulina y tienen la virtud de quebrantar la adinamia de los estados depresivos y catatónicos. La sexualidad es otra de las tendencias instintivas que con más vigor se exteriorizan en el estado hipoglicémico, no sólo bajo la forma de sus manifestaciones heterosexuales, sino también como anomalías: homosexualidad, autoerotismo, exhibicionismo, sadismo etc. En la mayoría de los enfermos jóvenes observamos proyecciones sexuales hacia el médico o el enfermero. La tendencia instintiva más intensamente estimulada es el hambre; así en la fase precomatosa como en la postcomatosa hay estados de hambre suficiente para quebrantar la sitiofobia cuando ésta existe. Una paciente en mutismo completo desde hacía mucho tiempo empezó a hablar sólo para solicitar alimentos. También es característico que los pacientes, en estas circunstancias, engullan su ración al mismo tiempo que experimentan las más violentas alteraciones emotivas. Los estados hipoglicémicos, además, exaltan en ciertos enfermos lúcidos las tendencias egotímicas, lo cual determinaría la necesidad de auxilio, que ya hemos señalado, y otras reacciones similares. Muchos delirantes consideran al tratamiento como intento de privarles de la vida o de las fuerzas vitales, y emplean todas sus energías para luchar con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tra la acción enervante del shock hasta el instante en que caen vencidos por el sueño. Por lo menos en algunos casos observamos que el estado de agitación psicomotriz era íntegramente una resistencia desesperada contra el efecto depresivo que empezaba a experimentar el sujeto. Finalmente, se manifiestan impulsos mal definidos, que el enfermo mismo no acierta a explicar. En estos casos confiesan los pacientes que no saben lo que les pasa; se trata de una reacción provocada por el malestar u otra clase de estados afectivos sensoriales o vitales a los que el sujeto no se halla habituado y no comprende. Un estudio más profundo de las alteraciones instintivas nos revelaría, tal vez, la causa primaria de las otras alteraciones psíquicas, y acaso aportaría esta búsqueda algún indicio sobre el mecanismo de la cura.

7° El **pensamiento** experimenta perturbaciones que son en extremo variables, desde la simple inhibición o la fuga de ideas, hasta las alteraciones más características del pensamiento esquizofrénico. Lo más constante es una merma progresiva y una disgregación de los enlaces asociativos, propias del estado de somnolencia. En segundo lugar, lo más frecuente es el pensamiento embrollado o incoherente. En los enfermos lúcidos que tienen estados de excitación eufórica o furiosa, se advierten las alteraciones del pensamiento características de un estado de embriaguez. Por lo demás, cada enfermo exterioriza un tipo de pensamiento correspondiente al de su estado mórbido.

8° Las **delusiones** e **ideas delusivas** se reafirman y se exteriorizan con más holgura durante el estado hipoglicémico. El enfermo que encapsula su sistema delusivo, durante el shock hipoglicémico manifiesta una relajación de la crítica y de la represión; cesa la doble contabilidad del paranoide al alejarse del mundo circundante. De esta suerte es dable descubrir contenidos que espontáneamente no se manifiestan fuera del shock. Cuando se establece la remisión ya no ocurren emergencias de esta clase. Tal proceso es paralelo, aunque retardado, al de la disolución de las ideas delirantes que ocurre fuera de los estados insulínicos. En ciertos enfermos el estado delusional se exterioriza en forma dramática y violenta, con florido cortejo de alucinaciones, reacciones emotivas y motoras. Con la perturbación de la conciencia propia del estado hipoglicémico, estos pacientes experimentan un verdadero estado oniroideo o de delirio, en el que se actualizan—según la idea delusional—las más variadas ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

periencias. Algunos se manifiestan tranquilos y eufóricos, otros sufren estados de angustia, de tristeza o de espanto. Al despertar no se tiene ni el más insignificante recuerdo del drama.

9° No hemos verificado observaciones sistemáticas de la **memoria.** El hecho más simple fué la disminución progresiva de la capacidad de evocación, a medida que se prolongaba el estado hipoglicémico. En raros casos hemos advertido paramnesias. Del conjunto de experiencias vividas durante el precoma hipoglicémico el paciente apenas conserva después algún recuerdo, incluso al iniciarse el despertar; parece que ellas corren la suerte de las experiencias oníricas.

10° No hemos verificado que el estado hipoglicémico produzca alteraciones de la **percepción** que le sean realmente características. Las anomalías que se observan son, por lo regular, las mismas que se presentan en el curso de la psicosis. Sin embargo, algunas pacientes han referido al despertar impresiones visuales de carácter hipnagógico, así como xantopsia, discromatopsia, macropsia, micropsia y otras alteraciones de la percepción del espacio. En este último caso los objetos se ven muy lejanos o tan cercanos que casi tocan al paciente. Otras veces éste experimenta alteraciones de la percepción del movimiento: las personas se mueven con rapidez anormal o giran en torno del enfermo. Mucho más frecuentes son las ilusiones visuales, hecho comprensible dada la perturbación de la conciencia.

11° Durante el estado hipoglicémico las alteraciones de la **actividad voluntaria y psicomotriz** son variadísimas: estados de hipercinesia, negativismo activo y pasivo, actitudes y movimientos estereotipados, ecopraxia, impulsiones, amaneramiento etc. Muy rara vez hemos encontrado flexibilidad cérea, y en los pacientes que se pudo verificar había un estado de catatonía en evolución.—

Algunos investigadores han afirmado que en los estados hipoglicémicos se verifica una reactualización de las fases primitivas de la psicosis, una suerte de regresión a sus estadios iniciales. No hemos observado este fenómeno. En una enferma cuyo proceso seguimos largo tiempo, y en la cual, por ende, nos era bien conocida la variedad de aspectos evolutivos de la psicosis, no observamos ninguna regresión. El estado hipoglicémico sólo reactivaba los síndromes psicósicos actuales o promovía emergencias peculiares de la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

personalidad premórbida. En la mayoría de nuestras observaciones las reacciones provocadas por un estímulo externo comprometían la personalidad premórbida o la psicosis actual. En muchos casos de psicosis disimulada la insulina la exteriorizaba. Finalmente, es un hecho general ver cómo, a medida que se produce la remisión, se esfuma la reacción hipoglicémica mórbida para dar lugar a la normal, esto es, con escaso contenido.

En un importante trabajo, CH. PALISA y M. SAKEL, han sistematizado las manifestaciones psicopatológicas del shock hipoglicémico con arreglo a un criterio sumamente interesante por su valor doctrinario, pero difícil de aplicar a la realidad. Ya hemos advertido que los fenómenos psicopatológicos originados por la hipoglicemia se prestan mal a una rigurosa ordenación. En nuestra casuística no hemos encontrado una diferencia perfectamente evidenciable entre las reacciones psíquicas que se producen durante y a causa de la hipoglicemia y que persisten algún tiempo después de ella, y las reacciones que aparecen y desaparecen con dicho estado, que los autores nombrados refieren a los casos refractarios. En estos últimos hemos observado, algunas veces, ostensibles efectos psicocinéticos que se prolongaban más allá del estado hipoglicémico, y al contrario, en casos muy favorablemente modificados por el tratamiento, hubo reacciones intensas que desaparecían con el aporte de glucosa. En cambio, nos revela nuestra experiencia la posibilidad de otra distinción entre los casos que remiten y los refractarios: nos parece que existe en estos últimos menos abundancia y variedad de efectos psicocinéticos, o bien dichos efectos son menos flexibles y ofrecen cierta estereotipia, lo cual estaría en relación, a buen seguro, con una personalidad rígidamente fijada en el proceso psicósico y con mengua de su capacidad de creaciones y emergencias eventuales. Sin embargo, es posible ver en enfermos antiguos suscitarse por influencia de los primeros estados hipoglicémicos, favorables reacciones imprevistas que corresponderían a la insurgencia de la personalidad premórbida; pero acontece que tales signos precoces de su reinstauración son engañosos, pues pronto desaparecen, tornándose el efecto psicocinético de la hipoglicemia muy pobre y estereotipado. Desgraciadamente, en seguridad de una diferenciación entre los casos favorablemente influenciados y los refractarios, no podemos afirmar que la riqueza y variedad de las manifestaciones psicocinéticas de la hipoglicemia sean índice de remisión o buen pronós-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tico, pues muchos casos que alcanzan la más perfecta restauración de la normalidad evolucionan durante el tratamiento con notable pobreza de manifestaciones, o si hay algunas, ellas jamás se exteriorizan.

Mejor caracterizables son las reacciones según la forma de la esquizofrenia, mas tampoco es posible aquí seguir a SAKEL y a PALISA estrictamente en las conclusiones que formulan. La interrupción de la disposición paranoide durante la hipoglicemia que estos psiquiatras señalan, no la hemos podido advertir, por lo menos cual manifestación constante; al contrario, la primera emergencia consiste en una reactivación del estado mórbido durante el estado hipoglicémico, antes y después de caer en el coma, e incluso este proceso nos deja la impresión de no tratarse de un mero efecto de la insulina, como piensa MUELLER, sino de una manifestación psicósica activada de la psicosis previa, pues como ya hemos observado tal reacción se esfuma progresivamente a medida que progresa la remisión. En otros términos, el estado hipoglicémico afecta diferentemente una personalidad normal y una mórbida. Como resultado de nuestras observaciones nos es dable afirmar que lo esencial en el proceso hipoglicémico de los casos paranoides consiste en la transformación de un estado subagudo o crónico en un estado hiperagudo, que implica una subordinación exhaustiva de todas las energías psíquicas del enfermo en el proceso mórbido. Casi nunca hemos observado, según lo afirman SAKEL y PALISA, un encapsulamiento de los síntomas con emergencia de la personalidad normal durante la hipoglicemia. En la mayoría de los casos lo más característico en el enfermo paranoide es la reactivación del complejo delusivo durante el climax del efecto psicocinético producido por la hipoglicemia, el que puede manifestarse sin otras perturbaciones o en medio de un estado de agitación psicomotriz.

Las formas catatónicas están menos dotadas de reacciones intelectuales, pero ofrecen manifestaciones motrices muy variadas. Las subformas estuporosas, sobre todo de casos antiguos y refractarios, ofrecen muy pocas reacciones y es muy difícil romper su mutismo y su inhibición psicomotriz; en cambio, es más seguro determinar una suspensión del estado de apatía en que se encuentran estos enfermos por la angustia que en forma casi constante se manifiesta.

En los estados hebefrénicos agitados la hipoglicemia reactiva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

todos los síntomas y produce, así en la esfera intelectual como en la motora, reacciones intensas y variadísimas.

No hemos encontrado modificaciones inmediatas del psiquismo después de los ataques, aunque, como ya hemos expresado, se pueden manifestar algunos cambios favorables ulteriormente.

No debemos terminar estas consideraciones sobre los efectos psicocinéticos del estado hipoglicémico sin volver a insistir en su estrecha dependencia del tipo de personalidad y de la capacidad de extraversión que cada paciente presenta. Además, la reacción no es algo previsible ni constante, sino que varía notablemente con el proceso de la cura y posiblemente en virtud de otros muchos factores. La capacidad misma de reaccionar con ataques se sujeta a una gran variabilidad, y esto lo hemos podido advertir en pacientes que recidivaron y que en el segundo tratamiento manifestaron reacciones psicológicas y susceptibilidad de crisis epileptiforme muy diversas que durante el primer período de cura. Esto lleva a suponer que no sólo debe intervenir la constitución psicológica del sujeto, su estado de normalidad o de anormalidad, sino también los procesos de orden fisiológico y bioquímico que ocurren durante el estado hipoglicémico.

OBSERVACIONES FISIOLOGICAS Y FISIOPATOLOGICAS

En esta sección vamos a considerar algunas modificaciones funcionales que ocurren durante el shock hipoglicémico o que son su consecuencia directa. Las observaciones serán desarrolladas en el orden siguiente: 1° reacciones generales, 2° modificaciones funcionales del sistema nervioso central y neurovegetativo, 3° modificaciones del estado de nutrición y del tipo constitucional.

1° Distingue SAKEL dos tipos de reacción a la hipoglicemia: el shock seco y el shock húmedo. Propias observaciones nos advierten que los efectos tónico y motriz durante la fase de coma ofrecen señales características para establecer una sistemática de las **reacciones generales.** Cada enfermo ofrece la mayoría de las veces una reacción motora especial, independiente de la dosis de insulina dentro de cierto límite, lo cual seguramente obedece a la "aptitud de reacción epiléptica" de BAUER. Según esto distinguimos dos tipos de reacción: el coma hipertónico y el coma con ataques epileptiformes paroxísticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

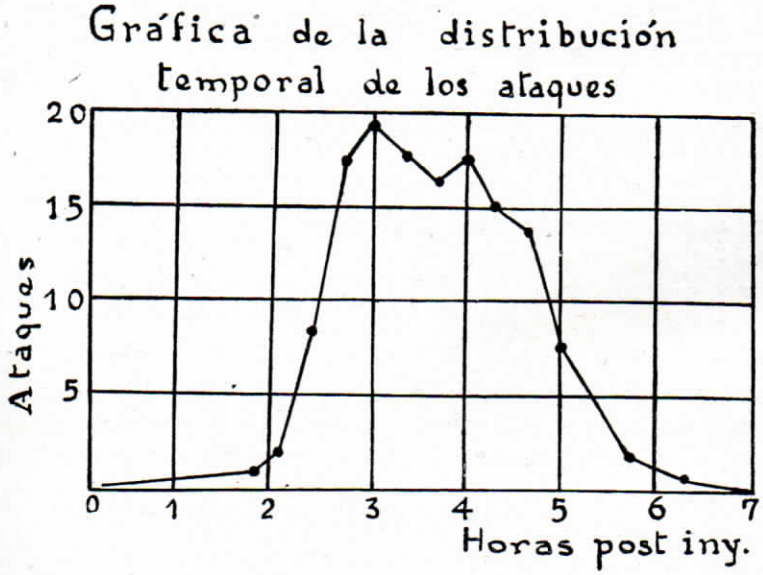
a) Los **comas hipertónicos** tienen manifestaciones turbulentas e impresionantes. El factor sobresaliente es la gran hipertonía en extensión de las cuatro extremidades y del tronco en opistótonos, al extremo que muchas veces el paciente tiene la rigidez de un tetanizado. La hipertonía evoluciona con crisis intermitentes, separadas por períodos cortos de reposo durante los cuales no hay completa relajación muscular. Estos paroxismos hipertónicos suelen ser tan intensos como aquellos que corresponden a la fase tónica del ataque epiléptico, acompañándose como ellos de tremor intenso. Se diferencian, sin embargo, por su prolongación mucho mayor, hasta de 10'; porque no siempre se acompañan de parálisis de la respiración ni de alteraciones pupilares; y sobre todo—lo que es más característico—porque no van seguidas de convulsiones clónicas, ni precedidas de grito epiléptico. Podría tal estado compararse a la rigidez descerebrada si no fuera por la evolución paroxismal intermitente y el tremor. Otras características del tipo hipertónico son las siguientes: las miclonías son relativamente raras, por lo menos no tan intensas y frecuentes como en el tipo de reacción que describimos a continuación; la diaforesis es profusa, la respiración profunda y estertorosa, el pulso rápido y tenso y los reflejos tendinosos están muy exagerados; además, signos evidentes de hiperortosimpaticotonía (midriasis, horripilación,exoftalmía, reflejo óculo-cardíaco invertido, elevación de la presión etc.) En estas condiciones todo estímulo, aun acústico o luminoso, determina por mecanismo reflejo una intensificación del estado de rigidez.

b) El coma **sin hipertonía** y con ataques epileptiformes constituye la reacción menos frecuente. Debemos distinguir el ataque que se manifiesta en el coma hipertónico—lo cual viene a ser en realidad una reacción mixta—del ataque que sobreviene en un coma sin hipertonía, o con hipertonía escasa y discontinua, con movimientos coreiformes y mioclonías. En todo caso el ataque se caracteriza por su violencia, por su prolongación y por estar precedido de un cortejo de manifestaciones que indican un estado progresivo de excitación del sistema nervioso central (muy intensos reflejos tendinosos, mioclonías, clonus del pie y de la rótula etc.) En algunos casos los fenómenos de hiperexcitabilidad se presentan desde la fase precomatosa; entonces el paciente reacciona, como si estuviera estricnizado, con fuertes contracciones generalizadas a cada estimulación. Es muy interesante observar que el ataque

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

epileptiforme tiene la virtud no sólo de suprimir el estado de hiperexcitabilidad, sino también de condicionar una restauración parcial de la conciencia. En la mayoría de los casos el paciente recupera la capacidad de hablar y conectarse con quienes lo interrogan, para caer más tarde nuevamente en estado de coma. En una palabra, después del ataque epileptiforme disminuye la profundidad del coma y desaparece el estado de hiperexcitabilidad neuromotriz.

Los ataques epileptiformes, en el conjunto de enfermos tratados, no fueron muy frecuentes. Sólo 32 enfermos los manifestaron con un total de 127 ataques epileptiformes (sin contar 2 que tuvieron **status epilepticus**): mas si se considera que hubo 2,873 comas se advierte que aquellos sólo se presentan en el 4,7% de estos últimos.



Respecto del momento en que se presentan los ataques, la gráfica adjunta muestra la distribución de los observados en nuestros pacientes: 2 en la 2a. hora, 42 en la 3a., 48 en la 4a., 25 en la 5a., 8 en la 6a. y 2 en la 7a. hora de acción de la insulina.

Hemos observado, asimismo, que el ataque se presenta con más frecuencia en los enfermos pícnicos que en los leptosomos. Así, en el grupo de pacientes que no presentaron ningún ataque es casi igual la cifra de pícnicos y leptosomos; en el grupo de pacientes que presentaron ataques con rareza (de 1 a 4 en total) encontramos 12

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pícnicos por 10 leptosomos; finalmente, entre los pacientes que experimentaron buen número de ataques (de 5 a 13) hallamos 1 leptosomo, 9 pícnicos y 1 atlético. Esta observación harmoniza con el hecho general de ser más frecuente el tipo pícnico que el leptosomo entre los epilépticos.

La distinción de las dos formas de reacción que acabamos de señalar es sólo una sistematización aproximativa, pues existen tipos de reacción intermediaria y tipos mixtos. Algunos enfermos presentan un coma tranquilo e hipotónico con ligeras hipertonías fugaces; esta reacción no depende de la dosis, constituyendo una manera peculiar de reaccionar.

En realidad no conocemos los factores que determinan la hipertonía o la crisis epiléptica. En nuestra serie de observaciones manifestábase ésta, en muchos casos, en enfermos insulinolábiles, pero también se registraron en pacientes que difícilmente llegaban al coma hipoglicémico, aun con dosis relativamente elevadas; en estos casos ocurrían las crisis en el estado precomatoso. No existe ninguna relación entre el estado hipoglicémico, por una parte, y los ataques epileptiformes y los estados hipertónicos, por otra parte, pues en muchos casos ambos disturbios persistieron largo tiempo después de la administración endovenosa de altas dosis de glucosa. Algo análogo ocurre en orden a las dificultades de sistematizar la sucesión de fenómenos en la hipoglicemia, v. g. la serie progresiva propuesta por VON ANGYAL, que no ofrece una constancia ejemplar.

2º Las **modificaciones funcionales del sistema nervioso central y del vegetativo** han sido detalladamente estudiadas y nuestras observaciones de los reflejos confirman los hallazgos ya publicados. Aquí sólo nos referimos a los **reflejos tónicos del cuello,** cuya existencia puede revelarse en el curso del coma con hipertonía. Para demostrarlos es preciso elegir el enfermo en estado de coma hipertónico; en los pacientes que presentan coma tranquilo hipotónico o entrecortado por crisis epileptiformes, estos reflejos no se manifiestan. Se logra suscitar los reflejos tónicos cervicales alterando la posición de la cabeza con relación al cuerpo. Es suficiente, entonces, modificar la posición de aquélla en paciente con shock hipoglicémico hipertónico para advertir inmediatas variaciones del tono muscular del cuerpo. La ventroflexión del cuello origina mengua ostensible del tono de los miembros superiores e inferiores, y la dorsiflexión produce intensificación de la hipertonía. No hemos conseguido, sin embargo, veri-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ficar las típicas reacciones del animal con rigidez descerebrada (hipotonía anterior con hipertonía posterior a la ventroflexión, e hipertonía anterior con hipotonía posterior a la dorsiflexión), pues nuestras observaciones revelan modificaciones equivalentes y no disociadas de los cuatro miembros, como si se verificara el reflejo de la ventroflexión cervical inferior, **vertebra prominens reflex,** que condiciona hipotonía de los cuatro miembros. Sin embargo, si en el paciente hipertónico se mantiene la cabeza flexionada ventralmente, desaparece la hipotonía que al principio se promovió, reanudándose el estado hipertónico. También hemos observado que la rotación de la cabeza produce aumento de la hipertonía en los miembros mandibulares y decremento de la misma en los miembros craneales, lo cual relaciona el estado de rigidez hipoglicémica con el estado de rigidez descerebrada.

Acerca de este reflejo tónico-cervical debemos anotar lo siguiente: no es característico de la hipertonía hipoglicémica; gran número de hipertonías que se manifiestan en el hombre por variadas alteraciones del sistema nervioso, también lo producen, habiendo sido GIROLAMO CARDANO el primero en ofrecer esta demostración. Entre las hipertonías generalizadas en las que puede ponerse en evidencia el reflejo tónico-cervical debemos mencionar aquella que se presenta después de las convulsions producidas por el Cardiazol.

Otro aspecto de las manifestaciones nerviosas que hemos estudiado con interés en nuestra serie de enfermos es el tono neurovegetativo. El shock hipoglicémico se caracteriza por las intensas variaciones de dicho tono. En la mayoría de casos el reflejo óculo-cardíaco fué invertido o nulo; las reacciones parasimpáticas fueron relativamente muy raras. Mayor interés tienen las observaciones por medio de la prueba de Danielopulo, establecidas antes y después de la insulinoterapia y que nos inclinan a creer, considerando los resultados, en una restauración del tono neurovegetativo constitucional del paciente gracias a la acción del tratamiento.

Nuestras pesquisas, seguidas con minuciosa meticulosidad, comprenden 32 enfermas en las que se determinó el tono neurovegetativo antes del tratamiento y después del mismo. Sintetizamos los resultados en las tablas I y II. Revelan que al mismo tiempo que la remisión de los síntomas mentales se efectúa una restauración del tono neurovegetativo cuando se hallaba alterado. En algunos casos, menos numerosos, el tono neurovegetativo continuó alterado a pesar

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de la remisión de los síntomas mentales, lo cual podría explicarse considerando la distonía de origen constitucional y sin relación con la psicosis. Es significativa en este sentido la circunstancia de que

TABLA I

No. de casos	Resultado	Antes del tratamiento R.O.C.	T. simp.	T. para.	Después del tratamiento R.O.C.	T. simp.	T. para.
I	R. C.	— 8	120	50	—12	120	50
II	R. C.	—10	116	44	—12	116	48
III	R. C.	—20	128	48	—16	128	48
IV	R. C.		120	46	— 8	117	40
V	R. C.	— 8	120	32	—12	128	40
VI	R. C.	+ 4	112	34	0	120	40
VII	R. C.	— 4	120	44	—20	120	40
VIII	R. C.	—12	128	56	+ 8	128	32
IX	R. C.	0	112	24	—14	118	54
X	R. C.	— 8	120	52	—20	110	30
XI	R. C.	— 9	104	20	— 8	120	50
XII	R. C.	0	100	44	0	128	48
XIII	R. C.	— 4	104	28	— 4	140	44
XIV	R. C.	0	98	34	—16	120	40
XV	R. C.	+12	132	64	+ 4	120	64
XVI	R. C.	+12	140	80	— 4	116	48
XVII	R. C.	+24	152	62	—12	128	28
XVIII	R. C.	— 4	84	28	— 4	96	36
XIX	R. C.	— 4	100	16	— 8	106	14
XX	R. C.	+ 4	84	32	0	84	24
XXI	R. C.	— 8	120	60	—12	104	28
XXII	R. C.	0	120	41	— 8	143	51

R. C. : remisión completa
R. O. C. : Reflejo óculo-cardíaco
T. simp. : Tono simpático
T. para. : Tono parasimpático

las enfermas no curadas que antes del tratamiento presentaban distonías no obtuvieron recuperación del tono neurovegetativo normal.

Los resultados pueden ser resumidos en la siguiente forma: en

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

22 enfermas que tuvieron remisión total 10 presentaban ortotonía inicial, conservando su normalidad después del tratamiento; de las 12 enfermas distónicas restantes, 7 presentaron completa restauración de su tono vegetativo, una hipotónica experimentó mejoría, en 2 persistieron las alteraciones y 2, que se manifestaran ortotónicas durante la psicosis, presentaron moderada hipersimpaticotonía e hipotonía, respectivamente, después de su remisión. Los resultados obtenidos en las 10 enfermas que no tuvieron remisión son igualmente interesantes: en 6 persistieron las distonías, en una ortotónica se presentó después hiperparasimpaticotonía, una hipotónica

TABLA II

No. de casos	Resultado	Antes del tratamiento R.O.C.	T. simp.	T. para.	Después del tratamiento R.O.C.	T. simp.	T. para.
XXIII	S. R.	—32	120	54	—12	120	50
XXIV	S. R.	+ 8	120	36	+ 4	124	50
XXV	S. R.	0	140	68	— 4	144	72
XXVI	S. R.	—22	120	8		116	32
XXVII	S. R.	+ 8	140	60	+ 6	136	52
XXVIII	S. R.	0	136	72	—16	136	56
XXIX	S. R.	— 4	144	80	—36	104	28
XXX	S. R.	— 8	160	56	— 4	108	24
XXXI	S. R.	— 8	100	24		118	46
XXXII	S. R.	— 4	100	44	+ 4	152	80

mejoró a la ortotonía, y dos, que estaban ortotónicas antes del tratamiento, conservaron su normalidad después de éste; es decir, una sola de las pacientes distónicas obtuvo regulación. La conclusión general que se desprende de estas observaciones es la siguiente: la insulinoterapia produce, al mismo tiempo que la remisión de la psicosis, una regularización del tono neurovegetativo en aquellos casos en que la distonía se relaciona con la enfermedad mental. Hemos observado, al mismo tiempo, que las distonías neurovegetativas más rebeldes e intensas, especialmente la hiperanfotonía, predominan en las enfermas con antiguo proceso esquizofrénico de forma catatónica.

3° Por último, trataremos de las **modificaciones del estado de**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nutrición y del tipo constitucional. Uno de los cambios más constantes que se observa en los enfermos sometidos a la insulinoterapia es el aumento progresivo del peso corporal. Pari passu con el tratamiento se verifica engorde progresivo, que hemos podido apreciar en pesadas semanales. De nuestros 76 casos, 71 obtuvieron aumento de peso y sólo 5 disminución. El promedio de aumento fué de 8 kgr., registrándose 17 kgr. como cifra máxima. Es además muy interesante la observación de que el mayor porcentaje de remisiones se encuentra en el grupo de enfermos que presentaron buen aumento de peso (entre 5 y 8 kgr., por término medio): en este caso está el 83,1% de las remisiones completas. En el grupo de enfermos que presentaron mediocres aumentos de peso (de 2 o 3 kgr.) la cuantía de remisiones completas fué de 53,8% solamente. Más señalada es la diferencia en el grupo de enfermos que durante la cura disminuyeron de peso, pues entre ellos se obtuvo sólo un 20% de remisiones. Tales hechos nos inducen a pensar que habría cierta relación entre el efecto que tiene la hormona pancreática sobre la nutrición y su efecto sobre la esquizofrenia. Esto no quiere decir que todos los enfermos que engordan curan, pues es frecuente observar que cierto número de antiguos esquizofrénicos no influídos por la insulinoterapia aumentaron ostensiblemente de peso.

En algunos pacientes hemos advertido un cambio de singular significación: la inversión del tipo constitucional. Se trataba de sujetos que antes del tratamiento presentaban tipo leptosomo, los cuales paulatinamente perdieron sus rasgos característicos hasta convertirse en pícnicos (metamorfosis señalada antes por uno de nosotros—Delgado*—en esquizofrénicos jóvenes con remisión espontánea o provocada por la piroterapia).

COMPLICACIONES

El shock hipoglicémico determina diversas alteraciones de la presión, del pulso, de la respiración, de la temperatura, espasmos glóticos etc., que muchas veces ponen en peligro la vida del paciente. Han sido señaladas por todos los autores y nosotros las hemos

* "La herencia de los desórdenes mentales", **Anales de la Facultad de Ciencias Médicas,** 1935, t. 18, p. 35.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

verificado frecuentemente. No insistiremos sobre ellas por ser demasiado conocidas. La complicación más seria y más frecuente en nuestros pacientes fué la prolongación excesiva del estado comatoso, muchas veces agravado por ataques epileptiformes a repetición. Tales disturbios acontecen principalmente en los pacientes insulinolábiles y son de extrema gravedad. De los 76 casos tratados, en 16 (el 21%) se presenta el accidente de coma prolongado, con consecuencias casi catastróficas en 6. De los 16 que reaccionaron así, 12 eran muy sensibles a la acción de la insulina y los 4 restantes llegaron a más de 40 unidades como dosis máxima.

Los síndromes que se suscitan en estas circunstancias vienen a ser, por decirlo así, la exageración de las reacciones hipoglicémicas que antes describimos. La forma más frecuente es el **coma con acentuada hipertonía:** la rigidez muscular adquiere en estos casos inusitada intensidad y no disminuye, como en el coma no patológico, por ventroflexión de la cabeza (sólo los hipnóticos pueden condicionar la relajación). En todos estos casos los miembros inferiores están en hiperextensión y los superiores en extensión o en flexión. Todo estímulo incrementa la rigidez. Al mismo tiempo sobrevienen alteraciones de la respiración, que se hace arrítmica y superficial; las pupilas presentan siempre variaciones, manteniéndose principalmente midriásicas; el pulso se acelera y es irregular, el corazón late con violencia; los reflejos corneales están abolidos. No es posible en estas condiciones la exploración de los diversos reflejos tendinosos o cutáneos por impedirlo la gran hipertonía, mas nos parece que ellos están conservados. Este estado persiste a veces varios días, verificándose la recuperación muy lentamente.

En otros casos es el **coma con hipotonía:** relajación muscular general, con abolición de los reflejos tendinosos y del reflejo corneal Este estado de coma prolongado adinámico se acompaña de arritmia cardíaca, extrasístoles, elevación de la máxima arterial y descenso de la mínima, midriasis, abolición del reflejo óculo-cardíaco, crisis de apnea y acrocianosis.

Finalmente, el coma, ya sea el hipertónico o el hipotónico, puede complicarse con ataques epileptiformes subintrantes. En uno de nuestros pacientes se sucedieron 40 ataques en 36 horas. En estas circunstancias también se manifiestan las alteraciones respiratorias y cardio-circulatorias ya señaladas, y movimientos coreo-atetósicos.

El enfermo que ha experimentado uno de estos **shocks patológicos**—así podemos denominarlos para diferenciarlos de los shocks or-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dinarios o terapéuticos—experimenta un gran desmedro subsiguiente en su estado corporal y psíquico. Persiste por algunos días un síndrome de confusión mental con puerilismo elemental. Al mismo tiempo se producen movimientos incoordinados y gatismo. La recuperación se verifica en forma lenta.

En segundo lugar, la alteración más importante directamente originada por la insulinoterapia fué un estado de **adinamia general complicada** con vómitos frecuentes y diarrea, deshidratación, lengua seca y roja, gingivitis, hipotensión arterial, taquicardia o bradicardia, anorexia, cefalea, anemia e hipotermia. El cuadro sintomático en conjunto evolucionaba en forma lenta y tórpida, y se ha presentado en el 19,7% de nuestros enfermos. En algunos casos se presentó forunculosis generalizada al mismo tiempo.

El factor causal de algunas alteraciones de este tipo sería, en el sentir de algunos autores, un estado avitaminósico. Considerando el cortejo de síntomas antes enunciado, su íntima afinidad con una toxemia general, hemos pensado en la posibilidad de una insuficiencia córtico-suprarrenal, sin descartar el factor avitaminósico. Nuestra impresión es, en este sentido, que el tratamiento por extractos córtico-suprarrenales y solución de cloruro de sodio hipertónica es de excelencia indiscutible. Desgraciadamente, no podemos propugnar una hipótesis definida sobre el origen de los disturbios. En algunos pacientes se agregaron, al síndrome descrito, algunas complicaciones, en especial del aparato respiratorio; en tales circunstancias el desmedro general es considerable (deshidratación, piel marchita, fetidez del aliento, estomatitis, sialorrea, adinamia profunda, anublamiento de la conciencia) al extremo de poner en peligro inminente la vida del enfermo.

Además de las alteraciones que acabamos de señalar—que son el resultado más característico y directo del shock hipoglicémico—hemos visto sobrevenir diversas intercurrencias, de las que son más importantes las siguientes: enfermedades del aparato respiratorio, en particular inflamaciones catarrales, en el 24,75% de los casos; disentería amebiana en el 7,35%, cuya evolución no ofreció nada singular; dispepsia gástrica, sólo en dos enfermas, con predominio de gastralgia y timpanismo; fractura escapular en un sólo caso. El 46,17% de nuestros enfermos, o sea casi la mitad de los mismos, no presentaron ninguna complicación.

Respecto a la frecuencia de las disenterías—en realidad la única enfermedad bien definida que se manifiesta en forma regular

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

durante la cura por insulina—cabe suponer que no se trata sino de la reactivación de una infección latente, originada por una mengua de la defensa orgánica en general, o sobre todo de la defensa local, pues hemos ya señalado que el shock hipoglicémico predispone a las alteraciones gastro-entéricas.

MORTALIDAD

Hubimos de lamentar en el transcurso de nuestros trabajos hasta cinco defunciones. Si bien la causa de ellas no podemos atribuirla a la acción misma de la insulina, pues ninguno de los pacientes presentó los accidentes o complicaciones registrados como propios de la acción hipoglicémica de esa droga, no dejamos empero de relacionarla con vicisitudes inherentes a dicho tratamiento. Tres de ellos presentaron un cuadro clínico atribuíble a la gangrena pulmonar (sólo uno pudo ser comprobado por la autopsia); en tanto que el cuarto presentó un proceso de tipo bronconeumónico, sin que excluyamos, desde luego, la posibilidad de que hubiera podido tratarse de gangrena pulmonar al igual que los otros tres casos. Por oposición familiar no fué posible la autopsia. En cuanto al 5º, éste se debió a un edema agudo del pulmón, atribuíble a falla técnica en el momento de aplicar por vía nasal la solución azucarada. Este accidente, el único que se presentó durante todo el tiempo que hicimos uso de la sonda nasal para la interrupción de los comas, fué sin duda, bastante sensible para nosotros, aunque humanamente nos conforma considerar el hecho de no ser dicho accidente del todo infrecuente en los frenocomios de uno y otro continente, por la misma dificultad que representa la aplicación de la sonda en enfermos que se resisten a ella o que están sometidos a una intensa actividad psicomotriz.

He aquí el resumen de cada uno de los casos:

I. Caso No. 69. Hombre, de 74 años de edad, de raza blanca. Su esquizofrenia, de tipo paranoide, tiene más de dos años de antigüedad. Es asistido en la calle durante algún tiempo. Presenta delusiones de carácter persecutorio, con alucinaciones auditivas y visuales. Su estado de tranquilidad es interrumpido por episodios de excitación psico-motriz. El último de estos episodios revistió tal carácter de peligrosidad, que la familia decidió internarlo. A pedido de la familia y salvando toda responsabilidad, por tratarse de sujeto de edad avanzada, si bien de contextura robusta, bien conservado, se procede a iniciar el tratamiento insulínico. El examen general de los órganos revela funcionamiento normal. A la inyección No. 18, que fue de 80 unidades, se presenta por primera vez el coma hi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

poglucémico, el cual cesa a la hora, por administración de solución azucarada por vía nasal. La inyección del día siguiente, de 85 unidades, no llega a producir sino estado de pre-coma. La inyección No. 20, de 90 unidades, colocada a las 5 y 30 a. m., produce coma a las 9 y 30 a. m. A las 10 y 25 a. m. ofrece el sujeto fases de apnea y espasmo laríngeo. Palidez, cianosis de los labios; bradicardia de 38 al minuto, arrítmica. Se interrumpe esta condición administrándole 20 cc. de suero glucosado por vía endovenosa. Se le aplica la inyección No. 21, de 90 unidades. A las 8 y 40 a. m., se hizo profundo el coma. A las 10 y 30 a. m. se interrumpe el coma, que ya no era profundo, por administración de solución azucarada por vía nasal. Reaccionó rápidamente y estableció una buena conexión con el exterior. Su estado general no llamaba la atención, hasta las 7 y 15 p. m. que presentó pérdida de la conciencia, con aparición de movimientos sin coordinación de brazos y piernas, así como mioclonías, ptosis palpebral bilateral y estrabismo. Taquicardia arrítmica, cianosis, polipnea. Estos episodios se presentaron en número de cuatro, y con duración media de 40 segundos Una hora después, ofreció un violento ataque epileptiforme que se repitió cuatro veces. El estado de inconsciencia se había establecido desde las 7 y 15 p. m. Esta condición de gravedad ofreció relativa mejoría a las 10 y 50 p. m.; pero fue pasajera, pues, el enfermo ingresa al estado de coma agripnoide. Esta condición de gravedad se prolonga durante el día siguiente, para aliviarse un tanto al tercer día, en que el enfermo gradualmente restablece su conexión con el exterior; pero, con la disminución o alivio de las manifestaciones nerviosas, se destacan en cambio, manifestaciones del lado del aparato respiratorio, cuya auscultación permitió descubrir estertores bronquiales y zonas en las que no era perceptible el murmullo vesicular. Con fases de relativa mejoría, y presentando manifestaciones del lado del aparato respiratorio, el enfermo continúa en este estado durante cinco días más. La expectoración, hemoptoica y fétida, permite afirmar el diagnóstico clínico de gangrena pulmonar. El enfermo se agrava gradualmente, hasta fallecer el 28 de junio del presente año, después de 8 días de presentada la intercurrencia. El examen del esputo había revelado fibras de desintegración, así como la presencia de un espiroquete morfológicamente idéntico al de Castellani. No es demás advertir que en el pasado del sujeto se registra datos que acusan fragilidad bronquial.

II. Caso No. 62. Sujeto de 32 años, bien conformado. Su enfermedad mental se remonta a más de tres años. El diagnóstico que le corresponde es el de esquizofrenia de tipo paranoide. Aunque el caso no es reciente, por instancias familiares, resolvemos someterlo a la insulinoterapia. Ofrece como hecho característico necesitar hasta de 280 unidades de insulina para producirle el estado de coma. El 28 de julio del presente año se interrumpe la aplicación de insulina por presentar el enfermo una intercurrencia del lado del aparato respiratorio. Se encuentra febril, y presenta dolor de costado. La auscultación permite descubrir la presencia de focos bronconeumónicos. El cuadro se mantiene sin mejoría de ninguna clase y el enfermo fallece el 20 de agosto del presente año, después de 22 días de intercurrencia. El diagnóstico clínico de la intercurrencia fue el de bronconeumonia. No fue posible verificación de autopsia. Este enfermo tuvo un período de remisión que fue fugaz.

III. Caso No. 55. Sujeto de 24 años, de raza blanca, con 13 meses de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

enfermedad mental : esquizofrenia de tipo paranoide. Se inicia el tratamiento el 11 de julio de 1938 y se suspende el 27 del mismo mes por presentar tos y fiebre. La auscultación, aunque sin revelar manifestación clara de foco, permite localizar en el aparato respiratorio la intercurrencia infecciosa. El estado febril continúa y en el decurso se presenta dolor a la espalda. La expectoración es difícil y escasa. Pero, tres o cuatro días antes de su fallecimiento, arroja durante la noche regular cantidad de materia purulenta, fétida; lo que se repite el 23 de agosto, falleciendo, después de 27 días de iniciada la intercurrencia. Diagnóstico clínico : absceso y gangrena pulmonar. La verificación necrópsica no pudo hacerse por oposición familiar. Este enfermo, antes de la intercurrencia, tuvo marcados signos de remisión completa, y durante ella se acentuó dicha remisión.

IV. Caso No. 76. Persona de sexo femenino, de 26 años de edad. Presenta esquizofrenia, de tipo paranoide. Iniciado el tratamiento insulínico el 8 de agosto del presente año, se interrumpe al día siguiente por amigdalitis. Después de un descanso que dura hasta el 23 del mismo mes, se reinicia la aplicación de insulina. A la dosis de 75 unidades se logra coma de apreciable duración. El día 31 de agosto al aplicársele la solución azucarada por vía nasal, la enferma arroja por la nariz y por la boca un líquido espumoso y blanquecino, mientras la respiración se hacía irregular, ofreciendo fases de apnea. Está cianótica. Los recursos terapéuticos puestos en juego no dan resultado y la enferma fallece a las 3 y 30 p. m. El diagnóstico clínico de edema agudo del pulmón fue confirmado por la necropsia, cuyo resumen de protocolo, dice : "Las alteraciones encontradas en el pulmón y demás órganos del cadáver No. 76, son debidas a edema agudo del pulmón, accidente que determinó su muerte." La explicación más valedera de este desenlace, como lo hemos manifestado ya, es, sin duda, una falla técnica en el pasaje de la sonda; no obstante, la enferma en el trascurso de la entrada de la solución azucarada aparentemente no tradujo signos de ingreso anormal del líquido en el aparato respiratorio.

V. Caso No. 65. Sujeto de 36 años de edad, de raza negra. Diagnóstico : esquizofrenia, tipo paranoide. A la iniciación del tratamiento se computa una antigüedad de 20 meses de dicho proceso. Después de un período de tratamiento exhibió remisión completa, pero que sólo duró tres meses, reingresando el sujeto para ser sometido nuevamente a la insulinoterapia. Después de la inyección No. 53, se interrumpe el tratamiento por presentar fiebre y tos con abundante expectoración, en algunos casos ligeramente fétida. Está disneico y se queja de dolores a la espalda. La auscultación, bastante difícil a causa de la extenuación gradual del enfermo, revela estertores con localización difusa, y a la percusión una zona de macicez en la base del pulmón izquierdo. El enfermo fallece el 26 de septiembre, después de 32 días de intercurrencia. El resumen del protocolo de autopsia, y de las comprobaciones microscópicas complementarias, dice : "Gangrega pulmonar determinante de la condición séptica secundaria que muestran los otros órganos. No se han encontrado otras particulares alteraciones a las que pueda atribuirse la muerte." Este enfermo poco antes de interrumpirse el tratamiento por la intercurrencia mencionada había retornado a la remisión completa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Es importante anotar el hecho de que la gangrena pulmonar sólo se presentó durante el tiempo en que hicimos uso de la sonda nasal para introducir en el organismo el azúcar indispensable para la interrupción de los comas, siguiendo así las insistentes recomendaciones de Sakel, quien aconseja la vía nasal por el despertar lento que con dicho método se consigue, más beneficioso, según él, en el logro terapéutico. ¿Debiéronse los casos de gangrena a la aspiración de residuos de solución azucarada en el momento de extraerse la sonda, no obstante nuestro celo para sólo hacerlo cuando la totalidad del líquido se hubiese vertido en el esófago? No siendo posible atribuir la etiología de la gangrena al ingreso de cuerpos sólidos, es aceptable presumir que se haya debido a la aspiración de los resíduos.

Debemos señalar, además, que dichas defunciones han ocurrido en lo más crudo del invierno y que durante el tiempo en que se ha realizado el tratamiento insulínico de los casos comprendidos en este trabajo, la mortalidad general del hospital durante ese mismo período (del 1° de julio de 1937 al 31 de octubre de 1938) ha sido del 21,42% (262 defunciones para una población media de 1223), en tanto que la ocurrida en la estación insulínica ha sido de 6,58% (5 defunciones en 76 enfermos tratados). Es importante, además, anotar que si en los primeros 9 meses del tratamiento hubo un total de 101 decesos en el hospital, en los 7 últimos, o sea en la época en que se presentaron los decesos en la estación de insulinoterapia, asciende a 161 el número total de fallecimientos. No deja de ser sugestivo este paralelo estadístico, y, a pesar de las causas que hemos señalado para nuestras defunciones de insulínicos, dos de cinco comprobadas por necropsia, y que nuestros propósitos de escrupulosidad nos inducen a considerarlas en relación con la aplicación de insulina, tal vez en nuestro deseo de no eximirnos de lo que algunos pudieran considerar como fallas manuales, ocurridas en el curso del tratamiento, no se puede dejar de reconocer que los mismos factores de mortalidad que actuaron en el grupo de la población general debieron actuar igualmente en los tratados por la insulina, no siendo esta droga agente premunizante alguno que libre a quienes están sometidos a ella de los factores ambientales de muerte.

CONCLUSIONES

1° El tratamiento de 76 esquizofrénicos de ambos sexos ha pro-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ducido 54 remisiones, 45 completas y 9 sociales. En los 41 casos recientes (de menos de 6 meses de psicosis) el número de remisiones es 39, de las cuales son completas 36, sociales 3.

2° En el texto se analiza el resultado terapéutico en lo que respecta al sexo de los pacientes, la forma y evolución previa de la psicosis, la duración del tratamiento, la suma de días de insulina, el número de comas, el total de horas de coma, la cantidad de insulina que produce el primer coma, el término medio de la dosis diaria en la fase de shock, los ataques epileptiformes, el tiempo de observación de los casos de remisión, y las recidivas.

3° El método seguido es el clásico, con las modificaciones propuestas por SAKEL para los estados de agitación y de estupor. Además se ha ensayado la técnica del zigzag de VON BRAUNMUEHL y la original de las dosis fraccionadas, que tiene las mismas aplicaciones que el zigzag y parece superior a éste.

4° Se resume las observaciones relativas a la psicopatología del shock en lo que atañe a la expresión, la relación con el ambiente, la afectividad, las tendencias instintivas, la percepción, el pensamiento, la memoria, la voluntad y la actividad psicomotriz. Los datos correspondientes no justifican la hipótesis de una regresión psíquica durante el shock hacia etapas previas de la enfermedad.

5° Las observaciones acerca de la fisiología y fisiopatología del estado hipoglicémico, ponen principalmente de manifiesto la diferencia entre el coma con hipotonía muscular (en el que son más frecuentes los ataques epileptiformes); la mayor frecuencia de los ataques epileptiformes en los sujetos de constitución pícnica; la verificación de los reflejos tónicos del cuello y su comparación con los fenómenos propios del estado de rigidez descerebrada.

6° La investigación del tono vegetativo en 32 pacientes demuestra de manera concluyente que la insulinoterapia produce, al mismo tiempo que la remisión de la psicosis, una regularización del tono vegetativo en aquellos casos que la distonía se relaciona con la enfermedad mental.

7° El estudio de las complicaciones pone de relieve el coma con acentuada hipertonía muscular, además de los cuadros conocidos.

8° La mortalidad ha sido considerable: 5 defunciones. La psicosis era antigua en 4 casos, de evolución desconocida en 1. Sólo en este último caso la defunción se relaciona directamente con la aplicación de la técnica. En el texto se examina la significación de tal mortalidad y sus causas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

L. VON ANGYAL: "Ueber die Theorie der Insulinschock- und Cardiazolkrampf-Behandlung der Schizophrenie", **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,** 1937, t. 97.—A. V. BRAUNMUEHL: **Die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie,** Berlin, 1938.—HONORIO DELGADO: "Acerca de los nuevos tratamientos de la esquizofrenia", **Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal,** 1938, N° 25.—J. P. FROSTIG: **Vorlaeufige Richtlinien für eine systematische Anwendung der Hypoglykaemiebehandlung bei Schizophrenen,** Wien, 1937.—E. KUEPPERS: "Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie", **Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete,** 1938, t. 107, N° 1-2.—M. MUELLER: "Die Insulintherapie der Schizophrenie", **Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,** 1937, Ergaenzungsheft zum Band 49.—CH. PALLISA & M. SAKEL: "Zur Phaenomenologie des hypoglykaemischen Zustandsbildes bei behandelten Psychosen", **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,** 1937, t. 96. **(Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1937, t. 87, N° 7-8).—P. PLATTNER & E. FROELICHER: "Zur Insulinschockbehandlung der Schizoprenie", **Zeischrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1938, t. 160, N° 4-5.—MANFRED SAKEL: **Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie,** Wien & Leipzig, 1935.—SAKEL: "Zur Methodik der Hypoglykaemiebehandlung von Psychosen", **Wiener klinische Wochenschrift,** 1936, N° 42.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ARACNOIDITIS ESPINAL PSEUDO-TUMORAL EN EL CURSO DE UNA NEURO-AXITIS. CURACION *

Por **MAX GONZALEZ OLAECHEA**

En los últimos años se ha puesto atención sobre las **aracnoiditis cerebro-medulares**; ellas han sido motivo de una conferencia del Prof. H. CLAUDE en la Facultad de Medicina de Paris en 1921. sobre la Hipertensión intracraneana y las Meningitis serosas, en el curso de la cual hace alusión a estas manifestaciones. A. BARRE y METZER presentaron en la XIII reunión neurológica internacional de Paris en 1933, una importante comunicación sobre las aranoiditis serosas en general y la aracnoiditis espinal en particular. Ultimamente, en 1936, ALAJOUANINE, HORNET y ANDRE publicaron en la Presse Médicale sus observaciones clínicas e histopatológicas, en numerosas afecciones medulares de un tipo de reacción aracnoidea adhesiva.

En 1937 hemos observado durante la evolución de un caso de neuro-axitis una aracnoiditis medular enquistada con síndrome de Froin, simulando una tumoración. El enfermo a que nos referimos es el siguiente:

Manuel S. de 25 años, mestizo, empleado, nacido en Pacasmayo, ingresó el 23 de Agosto de 1937 al Hospital Dos de Mayo, ocupando la cama N° 49. Entre sus antecedentes personales, refiere haber tenido sarampión en la infancia, varicela a los 12 años, bronconeumonia en 1921, paludismo en 1927, disentería en 1930, en 1931 reumatismo articular agudo que lo obligó a hospitalizarse por mucho tiempo; gripe en varias ocasiones. No fuma, ni hace uso de otros tóxicos. Antecedentes familiares: padre muerto por enfermedad renal, madre fallecida por enfermedad de la garganta después de intervención operatoria; dos hermanos vivos sanos, tres fallecidos, ignorando la causa.

La enfermedad actual se inició el 17 de Agosto, seis días antes

---

* Comunicación presentada a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal el 5 de octubre de 1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de su ingreso al Hospital, con fiebre, sudores, insomnio, cefalea intensa, raquialgia y dolores en los miembros inferiores y en las paredes del vientre que se intensificaban en las noches. Examen clínico: el paciente acusa 37°4, dolores fulgurantes en los miembros inferiores y en el abdomen de tipo constrictivo, cefalalgia occipital; visión diplópica; al sentarse siente vértigos; sudores profusos; su sensorio está despejado, pues todos los datos y contestaciones que dá son correctos. Los pares craneales normales, salvo el motor ocular común, pues los músculos inervados por él presentan movimientos perezosos y tiene diplopia que fué más intensa en los días anteriores. Las pupilas isocóricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Los miembros inferiores acusan hiperestesia cutánea, la presión de los músculos no es dolorosa; el ciático, crural y sus ramificaciones tampoco revelan dolor a la presión. Las paredes del vientre están depresibles e indoloras. Los reflejos tendinosos de los miembros inferiores están exagerados; los signos de Babinsky, Schaffer, Gordon y Oppenheim negativos. Los reflejos de los músculos abdominales se producen normalmente. No hay incoordinación ni movimientos dismétricos en los miembros inferiores. De pie y deambulando no se comprueba pérdida del equilibrio, pero se producen irradiaciones dolorosas en los miembros inferiores.

El examen de los demás órganos no indica anormalidad. Practicada una punción raquídea, se obtuvo un líquido ligeramente amarillento que salió gota a gota; los exámenes de laboratorio dieron el siguiente resultado: (27 de Agosto) aspecto turbio; reacción alcalina, cloruros 7 gr., glucosa 0.40 gr., albúmina 0.80 gr., Pandy y Nonne Apell positivos, hay sangre; al examen citológico se encuentra abundantes polinucleares no degenerados, células mononucleadas, hematíes; numeración en la célula de Nageotte 200 por mm3; examen bacteriológico negativo. Una hora después de extraído el líquido cefalo-raquídeo se coaguló en masa. El examen de orina, reveló elementos anormales: acetona y glucosa 9.60 por mil. Un hemograma dió el siguiente resultado: hematíes 3.380.000; leucocitos 11.000; polinucleares neutrófilos 61; en bastón 1 y segmentados 60; basófilos 1; monocitos 7; linfocitos 31 (24 de Agosto).

En los días siguientes se intensificó el proceso, la fiebre oscilaba entre 37°4 y 38°5, las crisis dolorosas en los miembros inferiores y abdomen se repetían varias veces al día, tomando en los primeros el tipo fulgurante y en el abdomen de tipo constrictivo: para calmar-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las se hizo necesario inyectarle Pantopón dos veces al día. Tres días después de la primera punción raquídea, se practicó otra haciendo luego la prueba de Queckensted; no salieron sino dos o tres gotas, pues la aguja de punción se obturó inmediatamente con la coagulación del líquido.

En los últimos días de Septiembre se comenzó a notar signos de mejoría, pues las crisis dolorosas eran menos intensas. El análisis de orina fué normal. El nuevo examen de sangre dió el siguiente resultado: hematíes 3.380.000; leucocitos 5.800; polinucleares neutrófilos 77, con núcleo en bastón 8, y segmentado 69; basófilos 1; monocitos 12; linfocitos 10.

El 19 de Octubre los signos de mejoría eran marcados, siendo los dolores soportables e innecesario el uso de Pantopón; además desapareció la fiebre.Se le hizo una nueva punción raquídea al mismo tiempo que la prueba de Queckensted, que determinó mayor frecuencia en la salida del líquido que se obtenía gota a gota; la cantidad que se extrajo fue pequeña, la indispensable para un examen que dió el siguiente resultado: albúmina 0.44 gr., reacciones de Pandy y Nonne Apell positivas, abundantes hematíes procedentes de un pequeño vaso lesionado en la punción; numeración con la célula de Nageotte 9.8. Esta vez el líquido no se coaguló.

El 29 de Diciembre fué dado de alta completamente curado. El tratamiento a que fué sometido, consistió en salicilato de soda y urotropina por las vías oral y endovenosa hasta el 12 de Septiembre; después Yodoseptina B (compuesto de yodo y urotropina) en inyecciones endovenosas durante varios días; a continuación por vía endovenosa también, Neo-Riodina (compuesto de éter glicérico yodado del ácido ricinoleico) que contiene 44% de Yodo, hasta el 19 de Octubre; el tratamiento por vía oral con salicilato de soda y urotropina no se interrumpió hasta que fué dado de alta.

Desde el primer momento se pensó que nuestro enfermo estaba atacado de neuro-axitis epidémica, teniendo en consideración las diversas manifestaciones mórbidas del neuro-eje, tales como: la cefalalgia, la diplopia, la raquialgia, las crisis dolorosas de los miembros inferiores y abdominales, y el insomnio, que en gran número de casos se presenta en lugar de la hipersomnia que se había observado con gran frecuencia en las primeras epidemias de neuro-axitis, por lo que como se sabe, se le denominaba y se le denomina aún, encefalitis letárgica. Nuestro paciente presentaba crisis dolorosas en los miembros inferiores y en la parte inferior de la pared abdominal,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de tipo radicular posterior, dorso-lumbar, o sea en la zona comprendida entre la 11a. dorsal y la 4a. lumbar, y que no podían referirse a una **polineuritis** de los miembros inferiores, pues ni los miembros ni los músculos eran dolorosos al examen, y además acusaba hiperestesia y exageración de los reflejos tendinosos. Esta manifestación dolorosa radicular y el síndrome de Froin o coagulación del líquido cefalo-raquídeo, simulaba una compresión tumoral medular; pero el examen de líquido cefalo-raquídeo que dió: 0.80 de albúmina y 200 elementos citológicos por mm3., indicaba una franca reacción inflamatoria, y no la disociación como pasa en la compresión medular por tumor. Fué por esto que se pensó en una **aracnoiditis,** o mejor dicho **lepto-meningitis enquistada** evolucionando en el curso de la neuro-axitis. El resultado del tratamiento confirmó esta presunción diagnóstica, pues no sólo desaparecieron las crisis dolorosas sino también el bloqueo del líquido cefalo-raquídeo, ya que en la tercera punción efectuada, salió el líquido gota a gota aumentando con la maniobra de Queckensted, la albúmina descendió a 0.44 gr. y los elementos citológicos a 7 por mm3., en lugar de 0.80 gr. de albúmina y de 200 elementos citológicos que se encontró en la primera punción; además el líquido no se coaguló.

En cuanto a la patogenia de la **aracnoiditis** en nuestro caso, nos adherimos a la concepción de ALAJOUANINE y sus colaboradores, fundada en el estudio histopatológico de 30 casos de diversas afecciones medulares, tales como: infecciones a virus neurotropos, sea la poliomielitis infantil, la sífilis, lepra, etc. Para mejor comprender el mecanismo de la reacción meníngea, es necesario tener presente que la piamadre y la aracnoides, son partes del tejido lepto-meníngeo, y que entre las dos se encuentra el espacio subaracnoideo en el que circula el líquido cefalo-raquídeo, encontrándose las dos hojas en continuidad en algunos puntos: a nivel de los ligamentos dentados de la medula, de las envolturas meníngeas de las raíces medulares, de los vasos y del ligamento posterior. Este ligamento, dependencia de la lepto-meninge, es bien manifiesto en la región dorsal, y se inserta de una parte sobre la piamadre a nivel del septum que separa los cordones de Goll, y de otra sobre la aracnoides. Debe recordarse que tanto en la medula como en el cerebro, hay una circulación centrífuga en los espacios perivasculares de Virchow Robin, que GUILLAIN ha comparado a la circulación linfática; estos espacios están representados en la medula por los septa conjuntivo-neurológicos de dirección radiada. En

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la parte posterior de la medula, entre los cordones de Goll, se encuentra el mayor de estos septa, o **septum mediano posterior,** que es una importante vía de eliminación de la medula; este septum se abre en la piamadre, en la base de implantación del ligamento posterior.

Hechas las anteriores consideraciones, se explica perfectamente —como piensa ALAJOUANINE—que en una infección medular, en nuestro caso a virus neurotropo, los agentes infecciosos o tóxicos que se producen durante la evolución del proceso, se derivan en los espacios perivasculares de Virchow Robin siguiendo el ligamento posterior y las envolturas lepto-meníngeas de las raíces posteriores, y actuando como elementos agresivos, determinan su inflamación y sus consecuencias, o sea una **aracnoiditis quística** en nuestro caso, que ha bloqueado temporalmente el líquido cefalo-raquídeo, hasta que se ha producido su resolución.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ALIENACION MENTAL POR EL CARDIAZOL A DOSIS CONVULSIVANTE

Por **CARLOS F. KRUMDIECK**

Vamos a dar cuenta de los resultados obtenidos en nuestro servicio del Hospital "Víctor Larco Herrera" en el tratamiento de algunas enfermedades mentales por medio de la terapia convulsivante determinada por el Cardiazol, según el método ideado por VON MEDUNA de Budapest.

Desde fines del mes de marzo de 1937, por consejo del Prof. HONORIO DELGADO, principiamos a tratar a las enfermas dementes precoces por este procedimiento, y, animados por los resultados obtenidos en la esquizofrenia, hemos aplicado el tratamiento en maniacas, psicasténicas, psicopáticas, etc., con resultados muy satisfactorios.

Nuestra experiencia se refiere a 52 pacientes (51 en el Hospital y 1 en la práctica civil). De éstos hemos dado por terminado el tratamiento en 43; los 9 restantes no han concluído aún sus series. Entre los 43 enfermos en los que hemos suspendido el tratamiento, hay 35 esquizofrénicos.

He aquí los resultados obtenidos en dichos esquizofrénicos:

Enfermas tratadas:	**Curadas**	**Aliviadas**	**No modificadas**
35	17	7	11
Resultado porcentual	48,57	20	31,43

Este cuadro pone de relieve, con la elocuencia de las cifras que, casi la mitad de las pacientes, en quienes se aplicó el tratamiento, benefició de él.

Hay un hecho de mayor importancia aún. Las enfermas cuyas dolencias tienen menos de un año de evolución, mejoran en proporción mucho mayor, como puede apreciarse en el siguiente cuadro, en el que se consignan las 16 enfermas precozmente atendidas:

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Enfermas con menos de 1 año de enfermedad	Curadas	Aliviadas	No modificadas
16	12	1	3
Resultado porcentual	75	6,25	18,75

Las 19 enfermas restantes han sido tratados por el Cardiazol, cuando su dolencia se remontaba a más de un año. Los resultados, sin ser tan notables, son muy satisfactorios, como puede apreciarse en el adjunto cuadro:

Enfermas con más de 1 año de enfermedad	Curadas	Aliviadas	No modificadas
19	6	5	8
Resultado porcentual	31,57	26,31	42,12

En lo que respecta a las diversas variedades clínicas de la demencia precoz, existen también algunas variantes en los resultados, como fácilmente se aprecia en el siguiente cuadro:

Forma clínica	Número	Curadas	Aliviadas	No modificadas
Paranoides . . .	8	4	3	1
Catatónicos . . .	13	6	2	5
Hebefrénicos . .	5	1	0	4
Simples	4	2	1	1
Periódicos . . .	5	5	0	0

El estudio de las cifras que preceden, demuestra que, en nuestros enfermos, los que más han beneficiado de la terapia por el Cardiazol, han sido los que padecían de formas periódicas, con un porcentaje de 100 % de curaciones. Los casos que menos provecho han obtenido del método han sido los de tipo hebefrénico, pues el índice de curaciones sólo ha alcanzado un 20% contra 80% que no han experimentado mejoría alguna. Verdad es que los 5 hebefrénicos tratados, padecían de su dolencia más de dos años, asunto de alto interés, pues, como acabamos de decir, los casos recientes son los que se benefician con mayor facilidad. En lo que se refiere a las restantes formas clínicas: paranoide, catatónica y simple, puede estimarse en números redondos, para todas ellas, un 50% de restituciones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hasta la fecha, solamente la insulinoterapia de SAKEL, arroja estadísticas que se le acercan, en el tratamiento de la esquizofrenia, ofreciendo el Cardiazol ventajas considerables por la facilidad de su uso y, particularmente, por su relativa inocuidad.

La falta de peligros del Cardiazol en los enfermos mentales y la rapidez con que suelen modificarse, en veces, ciertas psicosis rebeldes a los otros recursos, nos impulsó a ampliar el campo de las indicaciones psiquiátricas del Cardiazol.

Hemos tratado por el método de MEDUNA dos enfermas de psicosis puerperal. Ambas curaron rápidamente. El primer caso se refiere a una paciente de 19 años de edad, con determinadas características esquizoides y que hizo una psicosis puerperal. A la cuarta inyección de Cardiazol mejoró visiblemente, volviendo a recaer pocos días después. Fueron necesarias 7 inyecciones más para conseguir la completa curación. El segundo caso fué el de una señora de 24 años de edad que hizo una psicosis puerperal con el cuadro clínico de una manía aguda. Fué tratada con absceso de fijación, inyecciones de piryfer, nucleinato de soda, etc. Ante el fracaso de estos recursos empleamos el Cardiazol. 7 inyecciones, con 6 ataques, dieron cuenta del proceso mental. Sin que la cantidad de enfermas nos permita sacar conclusiones definitivas, consideramos que en estos casos también, el Cardiazol se muestra como un valioso tratamiento al que debe recurrirse siempre que las condiciones de las enfermas lo permitan.

Dos antiguas enfermas del servicio con diagnóstico de personalidades psicopáticas y que se habían mostrado reacias a toda acción terapéutica, fueron tratadas por el método de MEDUNA. Una de ellas, internada más de 3 años, etiquetada como psicopática antisocial, con rasgos esquizofrenoides, curó con 27 inyecciones que produjeron 22 ataques convulsivos. La otra psicopática, polimorfamente perversa en su aspecto psicosexual e inadaptable al ambiente familiar, no obtuvo beneficio alguno del Cardiazol. Sin embargo, es interesante consignar que la paciente padece de acné. Con el Cardiazol a dosis convulsivante fué con el único recurso que cedió dicho acné, para reaparecer nuevamente después de 1 mes que cesó el tratamiento. Y, a propósito de este éxito parapsiquiátrico del Cardiazol en el acné, dos esquizofrénicas, insuficientes ováricas que padecían de acné (Casos 36 y 37 de nuestra estadística) y que en la actualidad tratamos con buenos resultados por el Cardiazol, también han mejorado del acné facial.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El mismo tratamiento cardiazólico, lo hemos usado en 2 psicasténicas. Ambas han mejorado, pero sin poderse hablar de curación.

Una histérica de tipo histero-esquizofrenia, curó completamente con 7 inyecciones de Cardiazol. Esta paciente fué tratada anteriormente con diversos procedimientos, incluso la narcosis prolongada, sin ningún resultado. Durante su permanencia en el servicio tuvo una grave bronconeumonia que no influyó nada en su estado psíquico. En la actualidad tenemos en tratamiento otra histérica.

La manía aguda, también la hemos combatido con el Cardiazol. Se trataba de una enferma en quien se había fracasado con todos los recursos terapéuticos empleados. Bastante debilitada, iniciamos el tratamiento por el Cardiazol. Con 15 inyecciones que provocaron 13 ataques, se restituyó completamente. No sólo mejoró en su aspecto psíquico, sino también en su estado general, habiendo ganado en peso. Sea dicho de paso que, en casi todas las enfermas en quienes hemos usado el Cardiazol, hemos verificado un aumento en el peso y gran mejoría en el estado general debidos, seguramente, a la acción roborante de la droga.

Actualmente tenemos en tratamiento otra paciente que ofrece las características de la manía aguda y en la que han bastado 6 inyecciones de Cardiazol para lograr un éxito efectivo. Este caso no lo consideramos todavía como curado, por demandar observación más prolongada.

Si los resultados que se obtienen con el Cardiazol en la esquizofrenia son brillantes, en otras formas de alienación mental no dejan de ser menos halagadores, como puede apreciarse con lo que acabamos de consignar.

Queremos llamar la atención sobre algunos inconvenientes del tratamiento por el Cardiazol, sobre los cuales no tenemos amplia información. Una maniaco-depresiva que hacía crisis de manía y melancolía, con épocas de relativa normalidad, sin quedar nunca en condiciones de higidez completa, sufrió una depresión psíquica grande a la primera inyección, intensificándose mucho más a la segunda, motivo por el cual abandonamos el tratamiento. No consignamos este caso en la estadística, por el hecho de haber recibido tan sólo dos inyecciones. Hay enfermos que experimentan una angustia indescriptible cuando saben que se les va a poner la inyección. Una de nuestras hebefrénicas, hospitalizada en el servicio durante 13 años (Caso No. 15) sentía tal espanto por el Cardiazol, que nos vimos precisados a suspender el tratamiento a la cuarta inyección por pa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

recernos inconveniente insistir con un recurso que enervaba tanto a la enferma. También figuran en nuestra casuística algunas enfermas que, habiendo mejorado, se les ha suspendido el tratamiento, sin completar una serie, siquiera de 20 ataques. Hemos procedido así, por conmiseración ante las súplicas de ellas, quienes, de rodillas imploraban, presas del mayor espanto, que no insistiéramos con el Cardiazol, no faltando alguna que nos dijera que: "prefería morir a dejarse poner Cardiazol". Es de advertir que el ataque fallido provoca mayor angustia, razón por la cual, siguiendo los más recientes consejos del autor del procedimiento, en la actualidad, cuando no provocamos el ataque con una dosis, inmediatamente inyectamos, más rápidamente, una cantidad mayor. Operando en esta forma, son contadas las veces que no logramos la acción convulsivante deseada.

Hemos insistido en estos inconvenientes del método, a título puramente informativo. Cuando dispongamos de mayor experiencia y más amplia documentación, analizaremos nuevamente este asunto.

Para no fatigar con el largo historial clínico de las 52 pacientes tratadas, resumimos en un cuadro sinóptico nuestra casuística personal. A excepción de la enferma No. 6, que fué tratada en una clínica privada, todas las restantes pacientes, han estado hospitalizadas en nuestro servicio del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Tal es, en síntesis, la experiencia que tenemos con el método de VON MEDUNA. Para terminar, vamos a señalar algunos puntos de observación clínica que ponen de relieve que el nuevo procedimiento no constituye un hecho insólito en la trayectoria que se ha seguido, en el curso de los años, para modificar la evolución, casi siempre progresiva de las enfermedades mentales, particularmente de la demencia precoz. Y si bien es cierto que la base doctrinaria que llevó a V. MEDUNA al descubrimiento de la acción del Cardiazol sobre la esquizofrenia, ha sido el antagonismo biológico que parece existir entre esta enfermedad y la epilepsia, opinamos en el sentido de que el mecanismo de acción del Cardiazol, no difiere, sustancialmente, como a primera vista parece, de los demás recursos que se emplean en terapéutica psiquiátrica, lo que, desde luego, no resta mérito alguno al descubrimiento del ilustre psiquiatra húngaro.

Un hecho de observación relativamente corriente en los servicios de alienados, es la remisión que suele advertirse en el curso de algunas enfermedades mentales, cuando los pacientes son víctimas de infecciones graves. Hay casos en los que la mejoría llega a la restitución íntegra de la actividad mental, con conservación ulterior

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Número de orden	Nombre	Tiempo de enfermedad	Diagnóstico	Número de inyecciones	Numero de ataques	Resultado:
1.	C. O. Ch.	3 meses.	Esq. Paranoide.	24	20	Curada *
2.	M. P.	1 año.	„ catatónica.	21	11	Aliviada.
3.	O. de N.	6 meses.	„ simple.	15	11	Curada.
4.	M. A. G.	15 años.	„ hebefrénica.	16	7	No modificada.
5.	A. V. B.	9 años.	„ hebefrénica.	14	12	No modificada.
6.	C. V. de M.	1 mes.	„ periódica.	10	6	Curada.
7.	N. K.	6 meses.	„ paranoide.	33	30	Curada.
8.	T. V.	4 meses.	„ periódica.	15	13	Curada.
9.	F. C.	2 meses.	„ periódica.	18	15	Curada.
10.	G. K.	8 años.	„ paranoide.	18	16	No modificada.
11.	M. B.	3 meses.	„ catatónica.	30	26	No modificada.
12.	A. W.	10 años.	„ catatónica.	38	30	Curada.
13.	E. T.	5 años.	„ paranoide.	18	12	Aliviada.
14.	A. S.	7 años.	„ hebefrénica.	25	21	Curada.
15.	M. F.	13 años.	„ hebefrénica.	4	4	No modificada.
16.	C. A.	4 meses.	„ catatónica.	21	20	Curada.
17.	B. F.	13 años.	„ catatónica.	7	7	No modificada.
18.	C. J.	13 años.	„ paranoide.	23	18	Aliviada.
19.	J. F.	4 años.	„ catatónica.	21	18	No modificada.
20.	E. P.	4 años.	„ catatónica.	15	13	No modificada.
21.	J. R. S.	7 años.	„ simple.	10	7	Aliviada.
22.	D. M.	1 año.	„ catatónica.	11	11	Curada.
23.	A. F.	17 años.	„ paranoide.	16	13	Curada **
24.	M. C.	1 año.	„ paranoide.	16	9	Curada.
25.	V. M.	9 años.	„ catatónica.	22	20	Curada.
26.	B. G.	6 años.	„ simple.	20	15	Curada.
27.	D. de C.	19 años	„ paranoide.	9	9	Aliviada.
28.	C. S.	3 meses.	„ catatónica.	22	20	Curada.
29.	A. A.	2 meses.	„ periódica.	23	20	Curada.
30.	M. C.	8 meses.	„ catatónica.	23	20	Aliviada.
31.	I. C.	3 meses.	„ simple.	20	20	No modificada.
32.	E. de P.	5 meses.	„ catatónica.	17	15	No modificada.
33.	I. di T.	15 años.	„ hebefrénica.	12	11	No modificada.
34.	J. C.	5 años.	„ catatónica.	18	15	Curada.
35.	A. M.	2 años.	„ periódica.	24	20	Curada.
36.	I. B.	2 meses.	„ catatónica.			En tratamiento.
37.	M. de B.	6 meses.	„ paranoide.			En tratamiento.
38.	J. G.	1 mes.	„ simple.			En tratamiento.
39.	I. G.	5 años.	„ hebefrénica.			En tratamiento.
40.	N. P.	12 años.	„ paranoide.			En tratamiento.
41.	B. R.	1 año.	„ catatónica.			En tratamiento.
42.	A. del M.	6 años.	„ hebefrénica.			En tratamiento.
43.	C. de C.	2 meses.	Psicosis puerperal.	11	11	Curada.
44.	A. de M.	2 meses.	Psicosis puerperal.	7	6	Curada.
45.	F. F.	3 años.	Personalidad psicopática.	27	22	Curada.
46.	C. R.	2 años.	Personalidad psicopática.	24	20	No modificada.
47.	S. B.	1 año.	Psicastenia.	20	15	Mejorada.
48.	M. del C. R.	2 años.	Psicastenia.	23	20	Mejorada.
49.	H. de C.	7 meses.	Histeria.	7	6	Curada.
50.	M. de V.	4 años.				En tratamiento.
51.	E. M.	4 meses.	Manía.	15	13	Curada.
52.	P. M.	1 mes.				En tratamiento.

* Fué necesario, después de su salida del servicio, aplicarle 20 inyecciones más para consolidar la curación.

* * Antes de su ingreso había sido tratada por Cardiazol, habiendo experimentado mejoría visible, pero necesitó internarse por haber recaído.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de la higidez; otros, la mayoría, mejoran durante la gravedad de la intercurrencia, y curada ésta el proceso mental continúa su evolución. Estos fenómenos se observan con cierta frecuencia, como lo han señalado algunos autores, cuando existe demencia precoz y tuberculosis: cada brote evolutivo de ésta, se acompaña de cierta remisión en aquélla. En el mismo orden de fenómenos, hemos visto en nuestro servicio, mejorar esquizofrenias, reputadas incurables, a raíz de una disentería amebiana grave. Asimismo, hace varios años, una demente precoz catatónica, presentó un forúnculo del labio superior, seguido de tromboflebitis e infarto pulmonar, cuya gravedad fué tal, que hubo momento en que la consideramos perdida. Sin embargo, sanó de estas graves enfermedades, mejorando paralelamente en su aspecto psíquico a tal punto que, después de más de 4 años de permanencia en el hospital, fué dada de alta en condiciones de adaptabilidad social. Más interesante aún, es el caso de una señora de 72 años con perturbaciones mentales seniles y que principió a hacer crisis de epilepsia tardía durante su permanencia en el servicio. A cada ataque convulsivo, sucedía una faz de lucidez completa, con euforia, que paulatinamente se esfumaba para reactualizar las ideas de perjuicio que constituían el núcleo de su enfermedad. Pasados algunos días, o semanas, en que la psicosis progresaba, sobrevenía otro ataque convulsivo que nuevamente hacía recobrar la razón, por algún tiempo a la enferma. Esta paciente, ni era un caso de esquizofrenia tardía, ni nunca había sido epiléptica. Los ataques convulsivos, por sí solos mejoraban las condiciones mentales de esta anciana, lo que no se podía obtener con ninguno de los recursos terapéuticos empleados.

No vamos a señalar la cantidad de casos variados que en más de 10 años de práctica psiquiátrica hemos tenido ocasión de observar. Dejamos constancia de los hechos precedentes por ser muy elocuentes y porque pueden servir de inspiración al clínico para la búsqueda de los agentes terapéuticos, susceptibles de determinar la curación de las dolencias psíquicas, provocando un profundo sacudimiento del organismo, que no deje campo para anidar a las psicosis.

Si se revisan los diversos recursos que se han empleado y continúan usándose en medicina mental, se advierte que los mayores éxitos no se han logrado con las medicaciones sedantes y antiespasmódicas, ni siquiera con la narcosis prolongada. Los mejores resultados se han alcanzado por medio de agentes farmacológicos que producen en el organismo reacciones violentas que recuerdan, en sus

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lineamientos generales, la sintomatología de enfermedades provocadas por distintas noxas.

En este sentido, la Psiquiatría ha recorrido toda la gama de agentes determinantes de shocks. Lo que dicta la experiencia es que, para que el shock se muestre eficaz, es menester que sea violento e intermitente, acompañándose de reacción febril. Así se explican los buenos resultados que produce el piryfer. Cuando el shock es seguido de reacción leucógena, también se muestra eficaz, como lo prueban elocuentemente, los éxitos que se alcanzan con fuertes dosis de nucleinato de soda. En igual sentido nos podemos pronunciar con el absceso de fijación a la trementina, medicación que, en la manía aguda, a veces, es insustituíble.

Analizando desde el punto de vista estrictamente clínico, los fenómenos que presentan los enfermos en quienes se emplea cualquiera de los remedios antes apuntados: nucleinato de soda, piryfer o absceso de fijación, para sólo citar los recursos que dan resultados más constantes, podemos decir que, todos ellos provocan respuestas un tanto semejantes sintomatológicamente hablando: malestar, desasosiego, escalofrío, con aparición subsecuente del reflejo de "carne de gallina", ligero temblor y elevación de temperatura. La sintomatología ulterior varía un tanto según el fármaco elegido. Con el piryfer, al escalofrío y fiebre iniciales, sucede una crisis sudoral con descenso de la temperatura. El enfermo queda quebrantado en forma análoga a la que se observa después del dengue o de la grippe. Este mismo quebrantamiento, le facilita el sueño. En el aspecto mental se aprecia un cambio notable: los enfermos excitados se tornan tranquilos; cada uno de los sectores de la actividad psíquica beneficia en grados variables. Con el nucleinato de soda, las cosas ocurren en forma parecida, pero los enfermos no aquejan tan profundo quebrantamiento, sintiendo en cambio, dolor local en el sitio de la inyección, por la reacción inflamatoria provocada por la droga, anotándose al propio tiempo mejoría evidente en el aspecto psíquico. En el absceso de fijación, la temperatura permanece elevada hasta la evacuación, espontánea o quirúrgica de la colección purulenta; la mejoría psíquica, varía de un enfermo a otro. Hay casos en los cuales los resultados son espectaculares; otros, en cambio, no experimentan mejoría alguna. Entre estos dos extremos reaccionales, hay toda una serie de matices intermedios.

WAGNER VON JAUREGG observó que los paralíticos generales que contraían el paludismo mejoraban y hasta curaban de la de-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mencia paralítica. Basado en esta observación, provocó por inoculación la malaria en esta clase de enfermos, con lo que obtuvo uno de los más brillantes éxitos en el campo de la terapéutica psiquiátrica. No vamos a señalar la sintomatología del acceso palúdico, por ser sobradamente conocida. Pero sí vamos a insistir en las analogías que presentan los síntomas precursores del acceso, con los premonitorios de la reacción que determinan el piryfer, el nucleinato de soda y el absceso de fijación. Ellos son: malestar, escalofrío, fenómeno de carne de gallina, castañeteo de dientes y temblor de pequeña oscilación generalizado a todo el cuerpo. En la malaria, el escalofrío y el temblor son mucho más fuertes que los que producen los recursos farmacológicos precedentemente aludidos. Sus efectos son más eficaces, también.

A pesar de la efectividad de todos estos recursos, la esquizofrenia no beneficiaba suficientemente de ellos. MANFRED SAKEL de Viena, hizo conocer los efectos favorables que produce en la evolución de la demencia precoz, las altas dosis de insulina, aplicadas en determinadas condiciones, hasta llevar al enfermo al coma hipoglicémico. Los pacientes, antes de caer en estado comatoso, pasan por una faz convulsiva generalizada, determinada por el shock hipoglicémico, precedida de gran ansiedad, sudación profusa, sed intensa, desasosiego y malestar, debidos a la acción de la hormona pancreática sobre los centros vegetativos. Se nota también que los enfermos, como lo acabamos de decir, antes de caer en el trance comatoso, presentan convulsiones de mayor intensidad y amplitud que la "sacudida de las tercianas".

Veamos ahora, sucintamente, lo que se observa con el Cardiazol, cuando se aplica por vía endovenosa en alta dosis y a gran velocidad de introducción. En cuanto se termina de inyectar el líquido, algunas veces antes, el enfermo tose y sus párpados se animan de vivos movimientos mioclónicos; a menudo lanza un grito y abre la boca desmesuradamente, entrando luego en una faz tónica generalizada con contractura de los músculos masticadores; casi al mismo tiempo, presentan la mayoría de enfermos, (hemos operado sólo en mujeres) el fenómeno de "carne de gallina", que, en algunos pacientes abarca todo el tegumento externo. Más tarde sobrevienen sacudidas mioclónicas generalizadas, que integran la faz clónica de la epilepsia provocada. Estos dos síntomas: sacudidas clónicas y horripilación, fueron los que más nos llamaron la atención desde el día 20 de marzo del año próximo pasado en que pusimos la primera in-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

yección de Cardiazol y, desde entonces los venimos observando con atención en muy cerca de 1 millar de ataques que hemos presenciado. Pues bien, son estos dos síntomas, los que a juicio nuestro, establecen el "trait d'union" entre el tratamiento por el Cardiazol y los demás métodos usados en medicina mental. Pero, mientras que con el piryfer predominan los fenómenos febriles; con el absceso de fijación y el nucleinato de soda, los fenómenos leucógenos; con el paludismo los escalofríos y la fiebre, quedando en segundo plano la horripilación y el temblor, que no deben ser ajenos al mecanismo curador; con la insulina, es la sideración comatosa y el violento estímulo sobre el vago y los centros vegetativos, a la par que las convulsiones, lo que tal vez determina el cambio en los dementes precoces; con el Cardiazol, son las convulsiones y la horripilación (producidas por acción indudable de la droga sobre los centros subcorticales) los que, colocándose en primera línea, son los elementos clínicos ostensibles que hacen encarrilar el pensar y el sentir del esquizofrénico, por la senda de la normalidad. Este modo de ver las cosas, explicaría los resultados favorables que se obtienen con el Cardiazol en las enfermedades mentales en general y no exclusivamente en la esquizofrenia, dándonos igualmente una explicación aceptable del mecanismo en virtud del cual, nuestra demente senil, con epilepsia tardía, mejoraba de sus disturbios mentales, cada vez que hacía una crisis convulsiva espontánea. Además, en una de nuestras esquizofrénicas, que está en curso de tratamiento, la No. 37 de nuestra casuística, cuando le aplicamos la primera inyección, la dosis no fué lo suficientemente fuerte para provocar el ataque, pero como fué puesta con mucha rapidez, produjo un escalofrío intenso, con temblor y "carne de gallina", enteramente idéntico al del paludismo, pero sin presentar fiebre, ni comprobarse hematozoario en la sangre. Esta observación demuestra, en nuestra opinión que, entre las convulsiones del Cardiazol y el temblor de la malaria (y también el escalofrío de los otros agentes terapéuticos), sólo existe diferencia de grado.

Sea por el mecanismo que pensamos, o sea por el exclusivo antagonismo biológico de la esquizofrenia y la epilepsia, como actúe el Cardiazol, el hecho es que VON MEDUNA ha abierto una vía regia en el tratamiento de la alienación mental, particularmente de la esquizofrenia, siendo de esperar que nuevas conquistas en el campo terapéutico, inspiradas en el descubrimiento del sabio húngaro, permitirán dominar la más terrible de las enfermedades conocidas,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cuya gravedad sólo puede estimarse al pensar que en épocas pretéritas, la "locura juvenil" era considerada como un acto de posesión diabólica y por ende, imposible de modificarse con los solos recursos humanos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LA PSIQUIATRIA Y LA ASISTENCIA DE ALIENADOS EN EL BRASIL

Por **HEITOR PERES**

HISTORIA Y EVOLUCION DE LA ASISTENCIA

Siendo el Brasil, por fuerza, un país joven en la materia de que nos ocupamos, tenemos obligatoriamente que buscar sus orígenes en las actividades de los primeros colonizadores. Los portugueses, al pisar el suelo de la tierra brasilera, traían sus costumbres, sus tradiciones. Con los descubrimientos llegaron los primeros misioneros. Estos fueron los heraldos de la fe, de la religión y de la caridad, que contribuyeron mucho, por la obra santa de la catequesis, al desarrollo de la colonización. Y entre sus ministerios sobresalía el de asistir a los enfermos aborígenes y a los extraños, lanzando las bases de una asistencia médica más humana, aunque rudimentaria. En los núcleos de mayor civilización, cerca o junto a las iglesias, surgieron los primeros abrigos para los enfermos, cuidados y dirigidos por los siervos de Dios. El Portugal trasplantó a su naciente colonia las Santas Casas de Misericordia, modalidad hospitalaria que se arraigó en las costumbres brasileras y que recordaba a los "Hotel-Dieu" abuelos de los hospitales de Francia.

Fué en esas primeras casas de Dios y de Misericordia a donde, al lado de los otros enfermos, se refugió el enfermo mental. Sólo en una época muy avanzada de la historia brasilera se encontrarán las primeras tentativas para la organización de los hospitales especializados, propios al tratamiento de la locura. Y aun hoy podemos ver rezagos del primitivo régimen. En algunos Estados los hospitales forman parte de la Santa Casa o aun están unidos con ella.

Precisando hechos, fechas y nombres, vemos que en el siglo pasado surgió la idea de asistir especialmente al enfermo mental. La configuración geográfica y el desenvolvimiento mayor de algunos núcleos coloniales determinaron que la evolución histórica del Brasil se efectuara de manera desigual, a través de su inmenso territorio.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Situada la Metrópoli en Río Janeiro, de allí partieron naturalmente las primeras medidas, que posteriormente irradiaron en todo el país. Hasta la primera mitad del siglo XIX eran recogidos los locos en la Santa Casa de la Misericordia, fundada en 1582 por el Padre ANCHIETA, para asistir a los tripulantes de la escuadra de Diego Valdez que llegó a Río Janeiro, presa de terrible epidemia. Pero ese abrigo y el régimen adoptado estaban lejos de lo razonable. Surgieron en 1830 las primeras protestas por las voces de JOBIM y de SIGAUD, miembros de la Sociedad de Medicina y Cirugía. En 1839 DE SIMONI, en la Revista Médica Fluminense, exponía la necesidad de la creación de un manicomio para el tratamiento de los alienados.

Tales protestas no fueron vanas y por iniciativa del antiguo ministro JOSE CLEMENTE PEREIRA, proveedor de la Santa Casa, en 18 de julio de 1841, expidió el Emperador del Brasil el acto de fundación del "Hospicio de Pedro II", situado en la chacra del Vicario General en la Praia Vermelha. En 11 de noviembre de 1842 fué designado el doctor JOSE DA CRUZ JOBIM, profesor de medicina legal y director de la Facultad de Medicina, médico del Hospicio. Fué este el primer médico especialmente designado para tratar a alienados.

En 5 de diciembre de 1852 se inauguró el nuevo edificio que hasta hoy perdura, con sus líneas vetustas y admirables, como parte del actual Hospital Psiquiátrico. En ese mismo año se aprobó, por decreto imperial, los Estatutos del Hospicio que se pueden considerar como la primera ley relativa al alienado y que al decir de JULIANO MOREIRA, ejerció sobre ella gran influencia, la ley francesa de 1838.

De lo que era entonces el Hospicio da testimonio PHILIPPE REY, psiquiatra de París, que visitara los hospitales del Continente. Así se expresaba textualmente, después de minuciosa inspección de varios días: "Ainsi qu'on pu en juger par cet exposé, le Brésil a beaucoup fait pour ses aliénés; sa capitale posséde un asile qui, malgré ses imperfections, puet étre envié par plus d'une grande ville d'Europe. Bien des asiles en Italie, pour ne parler que de ceux que nous avons eu l'occasion de visiter, notamment ceux de Milan, de Florence, et de Rome, sont loin de pouvoir étre comparés á l'hospice Pedro II". Y en cuanto a las particularidades del tratamiento usado en el establecimiento, agrega lo siguiente: "Enfin, les

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

aliénistes du Brésil savent que le travail bien organisé est la base meme du traitement des malades atteints d'aliénation mentale". REY más tarde regresó al Brasil y a los países vecinos, teniendo oportunidad de relatar sus impresiones sobre ellos.

Con el advenimiento de la República el Hospicio fué separado de la Santa Casa. Se creó la asistencia médica legal de los alienados en 1890 y con ella, una nueva ley de asistencia. A esa altura ya se habían fundado, en otros puntos del país, hospitales similares. Así en San Pablo, en donde desde 1848 se procuraba oficialmente cuidar de los insanos mentales, se inauguró en 1852 el Hospital de la rua Sao Joao, posteriormente trasladado a la Varzea do Carmo, en donde se debe resaltar la acción humanitaria de los ALVARENGA, administradores celosos y desprendidos, al punto que uno de ellos empleaba sus haberes particulares en mejorar el tratamiento de los enfermos. Finalmente se fundó en San Pablo, en 1898, a iniciativa de FRANCO DA ROCHA, el Hospicio de Juquery, en donde se desenvolvían todos los servicios de asistencia del Estado. En Pará, en 1873, se inauguró el Hospicio de Tocunduba, muy incompleto y por lo tanto, trasferido al Marco da Legua, ya bajo la República en 1892. En Bahía se fundó en 1874 el Asilo de San Juan de Dios. En Río Grande do Sul se inauguraba en 1879, el Hospital de San Pedro, y en Pernambuco, durante el Gobierno del Barón de Lucena, se instaló el Hospicio de la Tamarineira, en 1883.

Completando esta sucinta reseña histórica, vale la pena penetrar en los primeros años de este siglo, cuando de hecho se implantó la asistencia de los alienados. Esta fase comienza en 1903, con la designación de JULIANO MOREIRA, psiquiatra muy renombrado de Bahía, para la dirección del Hospital Nacional de Río Janeiro. Apoyado por el Gobierno de entonces, trazó un vasto plan de reformas que ejecutó con el mejor criterio, procurando que el problema del insano fuese debidamente encarado. Amplió el Hospital, fundó dos hospitales colonias, el de Engenho de Dentro (1911) para mujeres y el de Jacarépaguá (1924) para hombres— que hoy lleva su glorioso nombre— y el Manicomio Judicial. Fomentó y divulgó el estudio de la psiquiatría, formando un núcleo de discípulos que hasta hoy pugnan por la misma causa. En 1903 elaboró la primera ley federal de asistencia, posteriormente reformada por él mismo, en 1927. Fué tan importante su papel en materia de asistencia al alienado que AUSTREGESILO propone que la historia de esa asistencia se divida en tres fases, denominando la última JU-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LIANA. Y esta fase ha de señalarse siempre por quienquiera se preocupa de la historia de esta cuestión.

Cabe referir aquí lo que hizo en San Pablo FRANCO DA ROCHA, fundador del Hospital de Juquery, que ya en 1895, según PACHECO E SILVA, reclamaba para su Estado la adopción de lo que quedó establecido en el Congreso Internacional de Alienistas de Paris (1889). FRANCO DA ROCHA instaló por primera vez, en 1908, en América del Sur, el sistema de Asistencia hetero-familiar. Las reformas que introdujo permiten equipararlo muy justamente a JULIANO MOREIRA. Estas dos grandes figuras supieron crear modelos y sus ideas difundidas, fructificaron prontamente.

En el Pará, AZEVEDO RIBEIRO organizó alrededor de 1907-1909, los servicios según métodos adelantados, estableciendo normas terapéuticas modernas e instituyendo el sistema **open-door.** En esto fué seguido tenazmente más tarde, por PORTO DE OLIVEIRA. En Minas Geraes, DUTRA desarrolló las mismas iniciativas. Igualmente, JACINTO GODOY en Río Grande del Sur, en donde, en 1926, reformó íntegramente la asistencia. Pernambuco, seguido poco después por Paraíba, por el esfuerzo y competencia de ULISES PERNAMBUCANO, hace una asistencia ejemplar, digna de ser imitada, con una perfecta y racional distribución de los servicios. En el Estado do Río, en donde desde hacía mucho WALDEMAR DE ALMEIDA fundara la Colonia de Vargem Alegre, HEITOR CARRILHO, planeó en 1935, bajo buenos auspicios, un tipo de asistencia reuniendo las últimas conquistas hechas en la materia, pero felizmente se vió luego apartado de la dirección de la empresa, no pudiendo proseguir en la obra tan vigorosamente iniciada.

Llegando a los días de hoy, vemos que el espíritu de renovación prosigue. Y si la reforma de la misma, a través de los tiempos, se hizo disipar en los varios Estados del Brasil, téngase en cuenta, sobre todo el sistema gubernativo hasta hace poco vigente: por él los Estados, autónomos, atendían desamparados, a sus insanos. De allí la diferencia de asistencia: desarrollada en los grandes, rudimentaria en los pequeños Estados. Hoy, con sentido nuevo en la acción gubernamental, este problema, como otros muchos, tiene la colaboración de la Unión a fin de hacer más armónica y uniforme la asistencia dada por el Estado.

En 1937 se creó la División de Asistencia a los Psicópatas, dirigida hasta la fecha por el Dr. WALDEMIRO PIRES y que, subordinada al Departamento Nacional de Salud, tiene por objeto ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tender a todos los Estados la acción federal supletoria, técnica y material, al mismo tiempo que se encarga de organizar la estadística general de los servicios de asistencia de insanos en todo el país, así como de velar por la ejecución de la ley federal vigente (Decreto 24.559.—Julio de 1934).

Así en este clima de renovación surgen, día a día, nuevas empresas, nuevas realizaciones, de manera que dentro de poco estará el país en una situación actualizada y uniforme en lo que toca al cuidado y protección de los enfermos mentales.

ORIGENES Y CULTIVO DE LA PSIQUIATRIA

Diríase que el trazar la historia de la asistencia del enfermo mental es ya hacer psiquiatría. Pero en el Brasil no sucede lo que en otras partes a este respecto. Psiquiatría, especialización médica; psiquiatría, materia de enseñanza, aparecen en cualquier lugar, cuando se cristalizan doctrinas y conceptos de carácter especial, científico, tendientes al estudio y a la búsqueda del enfermo, encarado individualmente. La asistencia propiamente dicha, siendo el antecedente obligatorio, en una fase ulterior de su evolución se conjuga con él en marcha paralela. Se puede decir que donde hubo psiquiatría, el problema enfermo mental llegó por lo menos tóricamente, al estudio final en que debe ser conceptuado y situado.

Respecto del Brasil, comprobamos que en ciertas regiones sólo se practica la asistencia. El tratamiento especializado aun está por iniciarse. El tratamiento especializado implica al especialista. El primer brasilero que merece ese título nos parece que ha sido el Dr. JOSE PEREIRA DAS NEVES, que en 1845, fué especialmente designado para estudiar en Europa el tratamiento de los alienados, siendo a su regreso investido de las funciones de médico del Hospicio D. Pedro II, en 1852.

La psiquiatría, disciplina de los estudios médicos, sólo despuntó más tarde, a pesar de existir desde 1832, dos Facultades de Medicina: la de Bahía y la de Río Janeiro, en las cuales se defendió algunas tesis sobre alienación mental, siendo tal vez la primera la de ANTONIO LUIZ DA SILVA PEIXOTO, presentada en la Facultad de Río Janeiro en 1837. Esta creó en 1881 la cátedra de clinica psiquiátrica y dolencias nerviosas, encomendándose su regencia al profesor NUNO DE ANDRADE, titular asimismo, de la de clínica médica y médico del Hospicio D. Pedro II. En este último cargo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fué sustituído por SOUZA LIMA, profesor de medicina legal. En 1883 se efectuó el concurso para la regencia definitiva de la cátedra, nombrándose al profesor TEXEIRA BRANDAO, quien en 1887 fué designado director del Hospicio, introduciendo en él importantes reformas. Con TEXEIRA BRANDAO se funda la psiquiatría científica en el Brasil. Establece por primera vez en el país, trabajos de psicología experimental y en 1893 "construía la primera Clínica Psiquiátrica en América". Publicó varios trabajos, algunos de ellos en el extranjero, habiendo congregado en torno de sí un vasto grupo de discípulos y continuadores, entre los cuales se destacaron MARCIO NERY, prematuramente fallecido, y HENRIQUE ROXO, que desde 1922 dicta eficazmente la cátedra. Esta en 1922 se desdobló, con la creación de la de clínica neurológica, confiada a su actual regente ANTONIO AUSTREGESILO, fundador de la neurología brasilera.

En la Facultad de Medicina de Bahía fué AUGUSTO F. MAIA BITTENCOURT el primer profesor de la materia, seguido luego por J. TILLEMONT FONTES. Posteriormente, con la aparición de otras Facultades en varios Estados del país, surgieron nuevas cátedras de esa disciplina, en muchas inicialmente reunidas en la de dolencias nerviosas. Ultimamente sin embargo, todas cuentan con cátedras diferentes: psiquiatría y neurología.

Así, pues, la enseñanza de la clínica psiquiátrica desarrolló la formación de especialistas y de técnicos, especialmente dedicados a ella, y que en la medicina brasilera disfrutan de una posición destacada, por el esfuerzo que han desplegado y por el cariño con que mantienen el nivel cultural y científico de la psiquiatría. Es lo que vamos a presentar, en pocas líneas.

Hoy posee el Brasil 10 facultades de medicina reconocidas, oficiales y oficializadas, cuyos titulares de clínica psiquiátrica son los siguientes: 1. Facultad Nacional de Medicina, de la Universidad del Brasil: HENRIQUE ROXO; 2. Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo: A. C. PACHECO E SILVA; 3. Facultad de Medicina de la Universidad de Minas Geraes: ERMELINDO LOPES RODRIGUES; 4. Facultad de Medicina de Bahía: MARIO LEAL; 5. Facultad de Medicina de Niteroi (Estado de Río): HEITOR CARRILHO; 6. Facultad de Medicina de Recife (Pernambuco): ALCIDES CODECEIRA; 7. Facultad de Medicina de Pará: PORTO DE OLIVEIRA; 8. Facultad de Medicina de Paraná: ALO GUIMA-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RAES; 9. Facultad de Medicina de Porto Alegre: LUIS GUEDES; 10. Escuela de Medicina y de Cirugía de Río Janeiro: PLINIO OLINTO.

Desde hace algunos años se estableció el régimen de libre docencia, lo que multiplicó los cursos de la disciplina: equiparados y libres. Sólo la Facultad Nacional de Medicina cuenta con cerca de 30 docentes libres. Se puede así avaluar la difusión de la enseñanza de la psiquiatría; son más de un millar de médicos los que anualmente se forman con la debida preparación psiquiátrica. Al mismo tiempo, esas cátedras van formando a numerosos especialistas que realizan investigaciones y trabajos. No todos ellos se dedican exclusivamente a la enseñanza. En su mayoría, utilizan los establecimientos psiquiátricos para la realización de los cursos. Así en Río Janeiro, como hemos visto, funciona una clínica psiquiátrica universitaria. Desde hace mucho tiempo es dirigida por el profesor HENRIQUE ROXO, que en 1929 la modernizó, dotándola de los mejores recursos y en donde ha efectuado investigaciones interesantes con una pléyade de infatigables colaboradores. Ahora la Clínica Psiquiátrica se transformó en el Instituto de Psiquiatría, órgano universitario autónomo, de finalidades amplias, permitiendo un trabajo de investigaciones y de experimentación más intenso.

En San Pablo el gobierno acaba de anexar el Departamento de Psicopatología a la cátedra de Psiquiatría, supervigilados ambos por el profesor PACHECO E SILVA, que da carácter actual y brillante a la enseñanza y a la investigación. En este sector él es lo que fué anteriormente en la dirección de Asistencia a los Psicópatas como discípulo y continuador de FRANCO DA ROCHA.

En el Estado de Río (Niteroi) se ha organizado, bajo la orientación de HEITOR CARRILHO, la Clínica de Psiquiatría, hallándose en construcción junto con el edificio del Hospital de Clínicas.

Al lado de la enseñanza universitaria debemos resaltar las instituciones puramente científicas que, con aquella, han proporcionado un contingente precioso a la psiquiatría brasilera, estableciendo los fundamentos, renovando incesantemente la parte doctrinaria y estimulando el desarrollo cultural. En este particular cabe a la Sociedad Brasilera de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, papel destacado. Gracias a ella se han cristalizado las teorías e ideas de las varias corrientes doctrinarias de la psiquiatría en un concepto ecléctico, mixto, de características muy brasileras. En los primeros tiempos las escuelas francesa y alemana dominaron respectiva-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mente en lo que se refiere a la asistencia de la psiquiatría. Hoy, por fuerza de los trabajos propios, tenemos especialistas brasileros que han logrado unificar sus puntos de vista de modo de marchar, con los nuevos conceptos surgidos, aumentando y no deformando las líneas maestras de su escuela. Es un trabajo de asimilación y de transformación que no se desvía, sino en pequeñas variantes, del trazo general.

La Sociedad Brasilera de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal cuenta actualmente con 30 años de profícua existencia. De su seno salió la clasificación de las dolencias mentales oficialmente adoptada en todo el país y elaborada en 1910 por JULIANO MOREIRA, AUSTREGESILO, HENRIQUE ROXO, CARLOS EIRAS y AFRANIO PEIXOTO. Con ella apareció la primera revista especializada en el Brasil, la actual **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria.** Fomentó varios congresos y reuniones de la especialidad, siendo el último el realizado en 1934 en Río Janeiro. Colaboró asimismo, en reuniones continentales, habiendo organizado en 1930, en la capital del país y en San Pablo, la Segunda Conferencia Sudamericana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. Sus representantes y delegados han tomado parte en varias reuniones, congresos y conferencias mundiales e internacionales. Promovió el intercambio de especialistas, viniendo en los últimos años al Brasil JAKOB y SPIELMEYER, renombrados especialistas que realizaron cursos especiales.

No se puede, hablando de esta Sociedad, omitir el nombre de JULIANO MOREIRA, uno de los fundadores y su principal animador hasta su muerte. En la Presidencia lo siguieron HENRIQUE ROXO, ULISES VIANNA, ADAUTO BOTELHO y AUSTREGESILO (actual presidente, por segunda vez), sabiendo imprimir todos ellos la misma vitalidad de los primeros días.

Actualmente hay, además de esa, las siguientes sociedades similares: Criminología, Medicina Legal y Psiquiatría. Porto Alegre, Río Grande del Sur; Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal. Bello Horizonte, Minas Geraes; Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal. San Salvador, Bahía; Psiquiatría, Neurología e Higiene Mental del Noreste. Esta última ha sido fundada recientemente por iniciativa de ULISES PERNAMBUCANO, y se destina a reunir a los especialistas del Nordeste brasilero. En San Pablo existe la Sección de Neuro-Psiquiatría de la Asociación Paulista de Medicina.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Las cátedras y las instituciones científicas que hemos considerado, unidas a algunos establecimientos de asistencia aportaron a la bibliografía psiquiátrica un apreciable contingente, que se tradujo en las publicaciones hechas en innúmeras revistas médicas del Brasil y en las que se dedican a la especialidad o a asuntos afines. Ya aludimos anteriormente a los **Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria,** la publicación psiquiátrica más antigua del país y que divulgó los trabajos de la Sociedad Brasilera de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal y de sus miembros, manteniendo desde hace largos años, el intercambio con las más importantes revistas congéneres del mundo. Merecen destacarse además de esa, **Neurobiología** de Recife, órgano oficial de la Sociedad de Psiquiatría Neurología e Higiene Mental del Nordeste; **Revista de Neurologia e Psychiatria** de Sao Paulo, dirigida y fundada por JAMES FERRAZ ALVIM; **Annaes da Asistencia e Psicopátas** del Distrito Federal; **Annaes da Colonia de Psychopatas** (Colonia Gustavo Riedel. Distrito Federal); **Arquivos da Assitencia General a Psicópatas do Estado** de **Sao Paulo,** continuación de las conocidas **Memorias do Hospicio de Juquery.** Y como revistas afines, con frecuentes colaboraciones psiquiátricas: **Archivos do Manicomio Judiciario do Río Janeiro; Boletim da Liga Brasileira de Higiene Mental,** de Recife; **Arquivos da Assistencia Hospitalar de Minas Geraes** y **Boletim da Liga de Higiene Mental** de San Pablo. Como se vé, no es pequeña la contribución de los psiquiatras brasileros a las letras médicas, conviniendo resaltar la frecuente colaboración de aquellos a las revistas especializadas del Continente y a las europeas.

Para demostrar perfectamente la importancia que va tomando esa contribución, tendríamos que completarla con la referencia a los libros, volúmenes y colecciones publicados y dirigidos por psiquiatras y que no lo permite la naturaleza de nuestro trabajo, reducido, por fuerza, a las proporciones mínimas. De cualquier manera, lo que citamos podrá dar ya una idea de lo que los especialistas brasileros producen y realizan en la triple esfera psiquiátrica: didáctica, cultural y científica.

ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS PSIQUIATRICOS

Actualmente cuenta el Brasil con 67 establecimientos, siendo 44 públicos y 23 privados. Interesan aquí particularmente los primeros. De los más importantes de ellos haremos aquí una sumaria

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

descripción. La capital del país está servida por 4 establecimientos federales: Hospital Psiquiátrico, destinado a los agudos, teniendo como anexos, además de los servicios complementarios, el Instituto de Neuro-Sífilis y un servicio para anormales; la Colonia "Gustavo Riedel" para mujeres; el Hospital Colonia de Jacarépaguá, actualmente habitado por enfermos del sexo masculino; y el Manicomio Judicial. El Gobierno Federal realiza ahora un vasto plan de reforma en esos hospitales. Los mismos pertenecen al Servicio de Asistencia a los Psicópatas, dirigido por ADAUTO BOTELHO, el cual procura imprimir a esa reforma un sentido eminentemente actual y racional. Como primera medida está procediendo a la transformación del Hospital-Colonia de Jacarépaguá, que ya cuenta en la actualidad, con 4 núcleos y un conjunto médico-quirúrgico; será el Hospital destinado a recibir a los hombres y a las mujeres, curables a largo plazo y a los incurables.

En San Pablo tenemos, de iniciativa estadual: el célebre Hospital de Juquery, integrado por el Hospital Central, 6 colonias, escuela para anormales, además del Manicomio Judicial, de construcción muy reciente y con magníficas instalaciones; los Hospitales Psicopáticos de Penha y de Perdizes, en la capital del Estado. Estos establecimientos pertenecen al Servicio de Asistencia de los Psicópatas, recientemente reformado y superiormente dirigido por MARCONDES VIEIRA. El Servicio, atendiendo al problema de la supercapacidad, inició la construcción de hospitales regionales, estando ya en construcción el de Riberao Preto y el de Santos y proyectado el de Araraquára.

Pernambuco dispone también de un Servicio de Asistencia a los Psicópatas, realizado según los moldes que reclama la asistencia contemporánea. Es uno de los mejor organizados del país. Así es que cuenta con un Hospital Psiquiátrico, Colonia (Barreiros), Hospital Abierto y Manicomio Judicial, además del eficiente Instituto de Psicología.

El Estado de Minas Geraes a su vez, para atender a su vasta población, la mayor del país, cuenta con un Servicio de Asistencia a los Psicópatas. En la capital, Bello-Horizonte, está el Instituto "Raul Soares" con funciones de Hospital Psiquiátrico; en Oliveira está situada la Colonia de Mujeres; y en Barbacena, un gran Hospital-Colonia mixto y el Manicomio Judicial.

De los Estados del extremo sur del país conviene referirse a Río Grande. Este hace poco, bajo la orientación de JACINTO GO-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

DOY, retomó el camino de nuevas empresas. Son de iniciativa estadual el Hospital de San Pedro, el Manicomio Judicial y la Colonia de Psicópatas, todos situados en Porto Alegre. En la misma ciudad existe el Puesto de Psicópatas de la Municipalidad.

Parahiba, que inició sus actividades asistenciales en 1928, posee hoy en día, dos magníficos establecimientos, situados ambos en la capital del Estado: el Hospital Juliano Moreira, del tipo de hospital-colonia y el Sanatorio Cliffor Beer, del de establecimientos para agudos.

Los servicios que hemos visto, en sucinta revista, atienden en buena parte los requerimientos de la buena asistencia, contando con organizaciones complementarias, que dan al servicio un aspecto moderno. Finalmente otros Estados como Sergipe, Santa Catalina, Bahía, Pará y el Estado de Río procuran activamente organizar y completar su asistencia de manera de equipararse a los Estados mejor dotados.

Aludimos, al iniciar este trabajo, a la reciente creación de la División de Asistencia a los psicópatas, órgano federal, que inicialmente ha procurado reunir datos y concurrir a la uniformización de los servicios en todo el país. Dada la complejidad de la tarea, su misión recién logra ahora sus primeros resultados. Así es que los elementos dispersos hasta entonces se reunen y concatenan. De ahí también que no se tenga informes precisos sobre los varios aspectos de la asistencia a los psicópatas en el Brasil. Con todo, algo se ha hecho ya; prueba de ello es el contingente informativo que nos ha prestado aquella División en la confección de este trabajo. Veamos asimismo, lo que aun podemos incluir.

En cuanto al número de psicópatas internados en todo el país no es exagerado calcularlo en 20.000. Tenemos a la vista la estadística parcial de dicha División, referente a 1937, y publicada en los **Arquivos de Higiene** (No. 1 de 1938) y que para 13 Estados (excluyendo el Distrito Federal donde hay 3.600) calculaba la cifra de 12.500 enfermos existentes en hospitales públicos. El Brasil con una asistencia fragmentaria, debido a su inmenso territorio y a circunstancias ya referidas, se ve, como todos los países del mundo, en brazos del desborde de la capacidad. De allí que la cifra antes indicada nos parezca próxima de lo real.

En lo que se refiere a los gastos por atenciones a los enfermos mentales, los datos de la División para el año 1937 fueron, considerando los gobiernos federal, estaduales y municipales, de cerca de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

30.000 contos, aproximadamente 1.500.000 dólares. A esto se debe añadir lo gastado por la iniciativa filantrópica, por las instituciones de caridad etc., sobre todo, en los pequeños Estados. El costo del lecho al día es muy variable, dada la diferencia de precio de vida de una a otra región, la diversidad de los hospitales, su capacidad y manera de asistir a los enfermos. Pero aun así, datos seguros permiten el establecimiento de un promedio aproximado. En Río Janeiro, según los últimos datos oficiales (mayo de 1938) se registran respectivamente, para el Hospital Psiquiátrico, para el Hospital-Colonia Julián Moreira, para la Colonia Gustavo Riedel y para el Manicomio Judicial los siguientes precios de cama por día: 4$129, 5$913, 6$406 y 11$468. *

Como se ve el Manicomio Judicial es el de costo más elevado. Se debe esto a su pequeña capacidad que es de 60 enfermos. En San Pablo PACHECO E SILVA calcula, para 1936, en poco menos de 5$000 el lecho diario o sea 1:792$787 anualmente para cada enfermo.

La estadística nosográfica estará establecida y uniformizada para 1939. Con tal objeto, la División de Asistencia a los Psicópatas ha organizado una clasificación, con propósitos principalmente estadísticos, al mismo tiempo que procura atender la moderna orientación nosográfica. Esta, elaborada por WALDEMIRO PIRES y por HEITOR PERES, es una adaptación de la conocida clasificación de la Sociedad Brasilera de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, antes oficiosa y oficialmente adoptada en todo el país, pero que no podía servir en una aplicación más general y acorde con el desarrollo de los conocimientos psiquiátricos. Esta es la clasificación elaborada por aquellos dos técnicos:

Clasificación Psiquiátrica de la D. A. P.

I. Psicosis infecciosas.
II. Psicosis auto-tóxicas.
III. Psicosis hetero-tóxicas.
IV. Esquizofrenias.
V. Parafrenias y delirios crónicos alucinatorios.
VI. Paranoia.
VII. Psicosis maniacodepresiva.
VIII. Psicosis de decadencia (preseniles y seniles).

* El mil reis brasilero (1$000) puede calcularse, al cambio del día, en 29 centavos peruanos.—Nota del traductor.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

IX. Psicosis por afecciones cerebrales (traumatismos, arterio-esclerosis, afecciones orgánicas del sistema nervioso).
X. Neuro-Sífilis (sífilis cerebral, psicosis tábicas).
XI. Parálisis general.
XII. Epilepsias.
XIII. Psico-neurosis.
XIV. Personalidades psicopáticas.
XV. Oligofrenias.
XVI. Aun no diagnosticados.

Los establecimientos psiquiátricos de todo el país ya han sido oficialmente ilustrados e informados sobre la mencionada nomenclatura, según la cual elaborarán sus estadísticas, a partir de 1938.

HIGIENE MENTAL Y SERVICIOS SOCIALES

Esta reseña no puede terminarse sin una referencia, aunque breve, sobre lo que se está realizando en el Brasil en materia de prevención de las psicosis y de las cuestiones correlativas. Cuando estos problemas fueron debatidos en sus países de origen, muy pronto comprendieron su significado los psiquiatras brasileros. Proteger al predispuesto; señalar normas racionales para la vida del espíritu; amparar y rehabilitar al egresado del hospital; cuidar con celo los bienes y familia del enfermo hospitalizado; todos esos postulados fueron asimilados y observados para la resolución integral e ideal de la ecuación médico-social de las psicopatías.

Conviene evidenciar que la Liga Brasilera de Higiene Mental, fundada en 1923, por GUSTAVO RIEDEL, implantó definitivamente en el país tales actividades. Fué de esa institución que surgieron las iniciativas para cuidar especialmente la salud psíquica de la población brasilera; fué esa Liga la que incrementó y organizo el combate contra el alcoholismo, manteniendo hasta hoy, anualmente, la semana antialcohólica, que es un grito de alarma periódico a través de palabras autorizadas, despertando al país contra el terrible flagelo social.

Con un programa adaptado de sus mejores similares extranjeras, la Liga Brasilera de Higiene Mental ha sido fecunda en el ejemplo y en la difusión de la obra . Los ambulatorios y los dispensarios psiquiátricos, los hospitales abiertos (régimen Henri Rousselle) adoptados y creados por varios servicios de asistencia del país, fueron por ella sugeridos y alentados. Por eso, en 1928,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GUSTAVO RIEDEL podía decir, refiriéndose al "moderno organismo psiquátrico" que la Colonia del Engenho de Dentro, que hoy lleva su nombre disponía de lo siguiente: a) Dispensario Psiquiátrico con clínicas especializadas y laboratorios anexos; b) Servicio abierto de hospitalización; c) Servicio Social. Contaba además la Colonia con un Instituto de Psicología y con un curso de Visitadoras Sociales, anexo a la Escuela de Enfermeras "Alfredo Pinto". Esta iniciativa además había sido adoptada en el decreto 17.805, de 23 de mayo de 1927, que dió un nuevo reglamento a la Asistencia a los Psicópatas de Río Janeiro, reglamento ya citado aquí. Hoy día tales ideas están integralmente incorporadas a las actividades de los grandes Estados, en los cuales la Asistencia, alcanzó, como ya dijimos, un grado apreciable de desarrollo. Y las actividades que van surgiendo sucesivamente, ponen en práctica tales conceptos. San Pablo, Minas Geraes, Estado de Río Janeiro, Distrito Federal y Pernambuco tienen sus departamentos especializados que procuran realizar el programa del "moderno organismo psiquiátrico" y, sobre todo en los últimos tiempos, su actualísima fase social.

El Brasil cuenta ahora, además de la Liga Brasilera, con las siguientes instituciones, relativa a la higiene mental y a sus fines: Liga Paulista de Higiene Mental (San Pablo); Liga de Higiene Mental de Pernambuco (Recife); Liga Bahiana de Higiene Mental (San Salvador, Bahía); Liga de Alagoana de Higiene Mental de Maceió, fundada por iniciativa de Rocha Filho. Además, existe la Sociedad de Psiquiatría, Neurología e Higiene Mental del Noreste, ya citada y de reciente fundación.

Esas agremiaciones realizan sobre todo, obra de divulgación; procuran desarrollar los varios sectores de higiene mental y organizan asimismo, trabajos y reuniones científicos. Merece destacarse la Liga de Higiene Mental de Pernambuco. Esta se ha preocupado seriamente de las cuestiones pedagógicas y educativas y ha dado un cerrado combate a los males del sensacionalismo periodístico, habiendo conseguido del Gobierno del Estado un decreto reglamentando dicho asunto. Dentro de los certámenes promovidos por esas Ligas conviene citar la I Conferencia Interamericana de Higiene Mental, efectuada en Río Janeiro en 1935, por iniciativa de la Liga Brasilera y bajo la dirección de ERNANI LOPES, su presidente, Conferencia que reunió a numerosos especialistas del país y del continente. Ahora está señalado el Brasil para la Reunión Internacional de Higiene Mental que se realizará en 1940, y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cuyos animadores son PACHECO E SILVA y PLINIO OLINTO, representantes brasileros a la última Reunión de Paris.

No podemos aquí detallar ni describir todas las organizaciones oficiales y privadas que luchan por la higiene y por la profilaxia mental en sus múltiples aspectos. Cada una de ellas cuida y desarrolla, mas o menos, ciertos puntos. Así hay las que se consagran al problema médico-pedagógico en todos sus sectores, como la Sociedad Pestalozzi de Bello Horizonte, dirigida por Mme. ANTIPOFF; en Río, tenemos el Instituto de Biología Infantil, para el estudio integral de los niños, brillante iniciativa del Juzgado de Menores y el Servicio de Ortofrenia e Higiene Mental, del Instituto de Investigaciones Educacionales, de la Prefectura, para el estudio de la "niñez-problema" y que ya creó 4 Escuelas Experimentales. San Pablo, donde el problema de la infancia es bien atendido, acaba de fundar, entre otras iniciativas, la "Escuela Maternal para los Deberes Físicos y Mentales". En Recife, el Servicio de Higiene Mental, en colaboración con el Instituto de Psicología, ha trabajado seriamente en ese sector, desenvolviendo intensamente el empleo de tests para el **despistage** escolar; ha concluído la construcción de un Instituto Modelo de Anormales. Esas y otras organizaciones no olvidan la cuestión de la infancia abandonada y delincuente.

La profilaxia del crimen tampoco es descuidada, existiendo sociedades especializadas que estimulan el estudio de la Criminología divulgando y aplicando los modernos preceptos de la criminalística. En este particular, tienen papel destacado los técnicos de las Penitenciarías y de los Manicomios Judiciales. De este modo se emprende en Río Janeiro, en San Pablo, en Bello Horizonte, en Bahía, en Recife y en Porto Alegre un trabajo de investigación integral del crimen y del criminal. Prueba de esto es el nuevo Código Penal que a la luz de los conceptos usuales, encara todos los puntos de ese difícil problema.

Por otro lado, las cuestiones vocacionales, de aptitud y de selección profesionales van teniendo aplicación más sistematizada. Hay las llamadas Escuelas Vocacionales, ligadas a la enseñanza secundaria y referidas al alumno y al maestro. El abastecimiento de los lugares públicos y de los Institutos de Jubilación y de Pensiones se realiza por el empleo de los recursos de la psicotécnica. La desocupación, el pauperismo, la mendicidad—males de los grandes centros—son ahora particularmente atendidos. La Secretaría de Sa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lud y de Asistencia del Distrito Federal, por su Delegación Social, organizada por Sampaio Correa, realiza a este respecto, un brillante programa. En otras capitales se hace lo mismo para resolver el complejo tema del desadaptado social.

No se debe olvidar la campaña desarrollada por la Comisión Central Brasilera de Eugenesia, que fundada por la clarividencia de RENATO KEHL, combate por los ideales de la buena formación racial, formando convicciones al mismo tiempo que reune una pléyade de estudiosos. Se destaca entre estos, en el sector psiquiátrico, CUNHA LOPES, discípulo de RUDIN y que se dedica particularmente a las cuestiones de heredo-biología, habiendo organizado en el Hospital Psiquiátrico de Río Janeiro, una sección destinada especialmente a tal fín.

El llamado Servicio Social Psiquiátrico es hecho por las organizaciones oficiales de asistencia. El de Río Janeiro ya posee uno desde el año 1927, anexo al Hospital Psiquiátrico, y dirigido por HOMEN DE CARVALHO. San Pablo acaba de crear un servicio idéntico y de amplias proporciones. Instituciones particulares trabajan en el mismo sentido y dentro de poco, la Psiquiatría Social será definitivamente establecida en el Brasil.

Además, las cuestiones médico-sociales van teniendo en el Brasil un desenvolvimiento extraordinario. Fruto de ello es la reciente creación del Consejo Nacional del Servicio Social (Ministerio de Educación y de Salud) y del Departamento de Servicio Social del Estado de San Pablo, cúpulas de realizaciones definitivas y de vasta envergadura. Por ello, la Higiene Psiquiátrica y la Profilaxia Mental ha asegurado sus bases y prolongado su acción a los límites extremos impuestos por la moderna concepción de la vida individual y colectiva.

Queremos concluir este trabajo mencionando el reciente decreto 3.010, de 20 de agosto de 1938, que reglamenta la inmigración. Sabio, oportuno y justo, en sus dispositivos. Al mismo tiempo que no olvida que el Brasil es un país fundamentalmente inmigratorio, impone este Decreto las necesarias medidas de defensa: económica, étnica, cultural, política, social y sanitaria. En este último particular, atiende muy bien las cuestiones de profilaxia mental. Los párrafos relativos a este punto fueron cuidadosamente estudiados y delineados por la División de Asistencia a los Psicópatas. Al par que contienen medidas eugénicas, trata de liberar la economía nacional, gravada por el gran porcentaje de extranjeros asistidos en los hos-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pitales de psicópatas. Para no referir otros datos basta citar la estadística hecha en los establecimientos del Distrito Federal, en donde, en 1937, la cifra de extranjeros subía a más del 20% del total de internados.

BIBLIOGRAFIA

AUSTREGESILO : **I Cong. Bras. de Neur., Psiq. e Med. Legal,** 1916. —ADAUTO BOTELHO: "Ensino e evolucao da Psychiatria", **Jornal dos Clinicos,** Junho 1933.—JULIANO MOREIRA : **Noticia sobre a evolucao da Assistencia a alienados no Brasil,** 1905.—PACHECO E SILVA : "Evolucao da Assistencia a Psicopátas em Sao Paulo", **Congreso Med. de Santos,** 1937.—PACHECO E SILVA : **Servicos Sociaes,** 1937.—ULISES PERNAMBUCANO : "Assistencia a Psicopátas em Pernambuco", **Arq. Ass .a Psicop.,** 1932.—PORTO DE OLIVEIRA : "Subsidio para a historia da Assistencia no Pará." **Pará Médico,** Nº 13.—PHILIPPE REY : "L'Hospice Pedro II et les aliénés du Bresil", **Ann. Med. Psych.,** 1875.— REY : "Notes sur les quesques asiles d'Aliénés de l'Amérique du Sud", **Ann. Med. Psych.,** 1879.—GUSTAVO RIEDEL : "Organismo psiquiátrico moderno", **Annaes da Colonia de Psichopathas,** 1928.— HENRIQUE ROXO : "Historia da Psychiatria Brasileira", **Impresa Medica,** 20 marco, 1933.

(Traducción de D. José Pareja Paz Soldán.)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS POR EL CARDIAZOL *

Por **FEDERICO SAL Y ROSAS**

Exponemos a continuación los primeros resultados de las experiencias que comenzamos en abril del presente año acerca del tratamiento de la neurosis con inyecciones de Cardiazol. No es aun abundante la literatura sobre esta nueva aplicación del método convulsivante. H. JANCKE (**Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift,** 1938, No. 14) refiere los éxitos por él obtenidos con el Cardiazol en un caso de histeria y en un caso de neurosis compulsiva, y con el Cardiazol asociado a la insulina en otro caso de neurosis compulsiva. Declara este autor no estar informado de que se haya empleado el Cardiazol en las neurosis, por otros médicos.

Habiéndonos circunscrito en un principio al tratamiento de la histeria y de la psicastenia, la ejecución de nuestro plan en torno a la primera nos ha llevado a considerar las dos cuestiones nuevas siguientes, que nos abren a su vez dos vías a seguir en el futuro : a) un problema diagnóstico, por la aplicación del Cardiazol como prueba diferencial entre epilepsia e histeria, frente a los cuadros accesionales atípicos. Para esto hemos tenido en cuenta las observaciones de diversos autores extranjeros y adoptado como punto de referencia e hipótesis de trabajo el esquema propuesto por el Prof. J. O. TRELLES (**Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N°. 3), el que nos ha sido muy útil, pese a que—como esperamos exponer próximamente después de una experiencia más extensa—nuestras verificaciones se aparten de aquél en varios casos; b) un problema terapéutico singular : el tratamiento de la epilepsia por el shock epileptógeno. Esto se ha derivado del punto anterior, cuando en el curso de la aplicación de Cardiazol a enfermos epilépticos más o menos atípicos, con fin exclusivamente diagnóstico, hemos notado una sorprendente modificación del cuadro en todos o algunos de sus aspectos, lo que nos ha movido a seguir en ellos un verdadero tratamiento convulsivante.

---

* Trabajo del Servicio del Dr. **Honorio Delgado,** Consultorio de Higiene Mental, presentado a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal el 5.X.1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En conjunto, nuestros trabajos comprenden las cuatro siguientes direcciones, de las que las dos últimas son de orden subsidiario: 1° tratamiento de la histeria; 2° tratamiento de la psicastenia; 3° diagnóstico entre epilepsia e histeria; 4° tratamiento convulsivante de los cuadros convulsivos epilépticos. En la presente comunicación trataremos sólo del primer punto, con ligerísimas referencias del tercer y cuarto puntos, que serán materia—así como el segundo—de otras tantas comunicaciones posteriores.

PRACTICA DEL METODO.—Hemos seguido la técnica ordinaria de la cardiazolterapia : soluc. 10%, inyecciones intravenosas en ayunas, 2 v. por semana, 1cc por 1", etc. Además : privación de sedantes, con las excepciones (por error o necesidad) que se indican en cada caso; observación detallada, día por día, en cartilla especial, de cada enfermo; test de Rorschach, antes y después de la remisión, en la mayor parte de los pacientes. En los casos de diagnóstico, hemos empezado por una dosis inferior a la de la escala adoptada.

CLASIFICACION DE LOS CASOS.—Los 13 casos que presentamos pueden dividirse en 3 grupos: 1° cuadros accesionales histéricos, 8 casos, el último de los cuales atípico; 2° cuadros atípicos más próximos a la epilepsia que a la histeria, 3 casos; y 3° cuadros epilépticos, influenciados favorablemente por el Cardiazol, 2 casos.

PRIMER GRUPO

CUADROS ACCESIONALES HISTERICOS

Caso I.—A. R., 18 años, soltera, mestiza (Bi), leptosómica. Madre de personalidad psicopática inestable, prostituta y alcohólica, abandonó a A. R. de 6 meses de nacida. Su personalidad puede definirse por las siguientes notas: inteligencia despierta, imaginativa, con mengua de la capacidad de juicio y autocrítica; hiperemotividad en el sentido de "nerviosidad", vale decir, de impresionabilidad, con debilidad moral, exageración aparencial de los afectos y obtusión sentimental y valorativa, sobre todo frente a los intereses éticos y sociales. Disbulia en el sentido de un gran déficit de la capacidad de inhibición consciente y la falta de dirección firme y estable de la conducta. Estos rasgos constituyen una personalidad francamente anormal, que se muestra frente al medio como un carácter inconstante, caprichoso, egoísta, frívolo, amoral, impulsivo, inafectuoso, teatral y mitómano. En suma, una personalidad psicopática de tipo inestable, con rasgos histéricos y de imbecilidad moral. Muy frágil a las emociones, reacciona a éstas con angustia torácica, metrorragias, urticaria, carne de gallina, etc.

Desde 1933 presenta crisis nerviosas, de 1 a 5 horas de duración, con pérdida parcial de la conciencia, gran angustia torácica, sollozos y carcajadas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cuadro intercrítico: inquietud, sin verdadero dolor moral, pero con gran labilidad emocional, irritabilidad, pantofobia, impulsos hétero y auto-agresivos, alucinaciones auditivas, sueño superficial, astenia, cefalea, anorexia; con cambios bruscos a un estado de euforia inestable e incoherente, con caprichos e impulsos desmesurados. El 27. IV. 38. empezamos con el tratamiento por el C., cuando ella estaba en uno de sus más agudos períodos de ansiedad y de accesos. Con la primera inyección desaparecen las crisis y mejora notablemente el estado afectivo; pero al 3er. día presenta dolores terribles en el vientre y estado general simulando un cuadro de abdomen agudo. En el Pab. II del Hosp. Loayza, donde fuera internada, el examen clínico y radiográfico y los análisis de laboratorio resultan negativos. A las 6 horas de un sondaje duodenal, que acusa falta de bilis B, desaparecen bruscamente los dolores, pero reaparecen la ansiedad y los ataques. El 20. V., 2a. inyección de C., con lo que mejora el estado afectivo y desaparecen las crisis. La enferma deja de ir al servicio por 10 días, y en este período recrudecen los síntomas anotados. La 4a. inyección y las 7 siguientes logran cambiar el cuadro de modo estable hasta hoy en la siguiente forma: desaparición de las crisis, mejoría del estado interaccesional, pasando la distimia pseudo-ansioso-irritable, de estado más o menos permanente, a la categoría de episodio fugaz, cada día más raro y leve. No hay cambio caracterológico apreciable.

Resumen: Histeria conversivo-angustiosa, de 5 años de duración, en personalidad anormal inestable-histérica. Once crisis terapéuticas, en un mes y 19 días. Dosis inicial eficaz: 4cc. Dosis máxima: 6cc. Resultado: desaparición de las crisis espontáneas; mejoría del cuadro intercrítico, a partir de la 4a. inyección.

Caso II.—O. A., 22 años, soltera, mestiza (Ib), leptosómica. Los 4 abuelos de carácter anormal, los de sexo masculino alcohólicos además; padre epileptoide, alcohólico; madre irritable; 10 hermanos, todos ellos "nerviosos", incluso 2 de personalidad psicopática. O. A. tiene personalidad premórbida anormal tipo "temple lábil", con rasgos histeroides. Hay intenso conflicto moral con el padre, quien injustamente no la cree hija suya, con frialdad y aun hostilidad de parte de aquél y resentimiento, tal vez odio, de parte de ella. Deseo genésico desde los 10 años, en que tiene relaciones sexuales con un sirviente suyo; a partir de esto se entrega de modo incoercible y exagerado a prácticas de masturbación clitoridiana. La enfermedad comienza en mayo de 1936, un mes después de la supresión brusca y definitiva de la onanía, por imposición del confesor. Desde el primer día de privación hay una lucha cruenta entre el instinto y el veto religioso, con gran tensión erótica y representación obsesiva del acto masturbatorio. Después, el erotismo cede, pero surge la enfermedad, al principio como una aflicción inmotivada, intensa y continua; sentimiento de inseguridad, de incertidumbre, de desamparo, opresión precordial y disnea casi constantes; no llora o lo hace muy raramente. El 17. XII. 36 empiezan los ataques histérico-ansiosos, a raíz de una alucinación auditiva terrorífica, ataques que se presentan en la mayor parte de los casos del siguiente modo: bruscamente siente un dolor moral vivo e indescriptible, gran angustia torácica, ambliopía y un trastorno singular de la conciencia,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que expresa ella "como si viviera otra vida, como si no fuera yo misma", que llega a veces hasta la pérdida completa del conocimiento. Durante este estado las percepciones y las imágenes se le aparecen impregnadas de un matiz afectivo extraño, que le produce sufrimiento indefinible: "cuando están hablando mis hermanas, esas palabras son....— prosigue la enferma—me dan miedo... como un susto... como si sufriera una impresión; son palabras que me horrorizan; pero después ya no recuerdo". En otro pasaje de la conversación dice: "Oigo hablar y no comprendo; las veo hablar a ellas (sus hermanas) me parece que hablan con otra voz y palabras que me horrorizan". Sus propias vivencias se le aparecen igualmente teñidas de afectividad profundamente dolorosa, punzante; y su sufrimiento es tanto mayor cuanto que en el momento de la crisis las representaciones irrumpen tumultuosamente, y es entonces que ella tiene la impresión de alienación mental o de muerte, o una mezcla de ambas. En este momento lanza un grito, que da fin al acceso propiamente dicho, pero sobreviene generalmente una crisis de llanto y a veces un estado crepuscular, con palabras y actos incoherentes. No hay convulsiones, pero sí pérdida de los movimientos y del habla, y últimamente, gatismo urinario. Hasta noviembre de 1937 (1a. consulta; 8 meses de enfermedad) la ansiedad y las crisis han ido en aumento. La terapéutica habitual (shocks proteínicos, sedantes, psicoterapia) durante 6 meses en nuestro servicio alivia discreta e inconstantemente el sueño y los síntomas afectivos, pero es impotente frente a los accesos. En este tiempo el cuadro es el siguiente: una tensión psíquica permanente, con dolor moral agudo e incontenible, pantofobia, crisis de irritabilidad insensata alternando con otras de agitación ansiosa; perplejidad, abulia, dispersión, mentismo, alucinaciones hipnagógicas, somnambulismo. Físicamente: astenia, insomnio, anorexia, demacración y enflaquecimiento extremados. Los ataques se producen cada 5-10-30 minutos y en todas partes: en el tranvía, en el consultorio médico, en la calle, la enferma cae a tierra, suelta los objetos y mancha de orina su ropa, el pavimento, los muebles. Así abrumada de angustia y de ataques, incapacitada para trabajar (ha abandonado su empleo) sin un momento, ya no de alegría sinó de tranquilidad, la enferma lleva una vida en extremo penosa, desesperada.

En estas circunstancias recurrimos al Cardiazol. El 11 de mayo de 1938 la ponemos 2 cc. con fin diagnóstico: resultado negativo. El 13. V. sufre la primera crisis cardiazólica con 4 cc., y ella le produce un gran alivio de los síntomas afectivos, como no había sentido antes. El 2.° ataque terapéutico tiene ya influencia sobre los ataques mórbidos, que bruscamente se reducen a 1 al día. La 3a. inyección—que podríamos denominar curativa—se efectúa el 21. V. 38: en la noche sufre una crisis hipnagógica, la última de la enfermedad, pues desde el día siguiente se suprimen absolutamente los ataques. Pocos días después—no podemos precisarlo exactamente—ya no queda ni rezagos de distimia dolorosa: la ansiedad ha desaparecido—si se nos permite una expresión gráfica—como si se la hubiera borrado con una esponja. Aplicamos 7 inyecciones más para consolidar la cura. Desde el 20. V. 38, en que se realiza la última inyección, la enferma mantiene hasta hoy el feliz cambio operado por el C. Ha aumentado de peso por encima de la cifra pre-mórbida y está en plena actividad productiva desde hace 3 y ½ meses. La transformación de la afec-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tividad ha ido más allá de la desaparición de las manifestaciones mórbidas penosas: un nuevo aliento optimista ha venido a dar temple y estabilidad al carácter en lo emocional y connativo, significando un cambio substancial de su actitud insegura y voluble, y a la vez lábil y vulnerable de antes. Es la cura más impresionante que hemos visto operarse por el Cardiazol.

Resumen: Histeria ansiosa y accesional de dos años de duración, en personalidad psicopática de temple lábil. Diez ataques cardiazólicos en un mes y siete días. Dosis eficaz inicial, 4 cc. Dosis máxima, 6 cc. Resultado: supresión de los ataques y del estado ansioso a partir de la tercera crisis terapéutica. Retorno completo a la higidez mental, que se mantiene sin alteración en cuatro meses y 13 días que han transcurrido hasta el día en que escribimos estas líneas. Hay incluso un cambio favorable del carácter.

Caso III.—I. A., 24 años, soltera, blanca, leptosómica. Carácter extravertido, dominante, varonil; rapport afectivo mediocre, casi exclusivamente cerebral; pero en cambio, agudo amor propio, quisquillosidad y orgullo, junto a una baja del umbral de receptividad y reactividad afectivas, que la hacen sumamente vulnerable a las emociones, propensa a la irritabilidad, a la ansiedad y las crisis de llanto. Una actitud teatral, bizarrerías de conducta y expresión amplificada de los sentimientos matizan fuertemente el carácter y dan en conjunto la impresión de una personalidad francamente anormal, de tipo histérico, con fuerte proclividad paranoide-sensitiva.

La enfermedad comienza a los 15 años de edad: al principio crisis de llanto inmotivado. Después, ataques nerviosos de dos clases, que alternan desordenadamente: 1a. con enturbiamiento de la conciencia, sensación de extrañeza de la realidad ("como si viera una existencia irreal; como si no fuera nadie; como si no existiera"), angustia, desesperación, etc., sin convulsiones; 2a., crisis sin alteración de la conciencia, pero con aguda exaltación emocional, desesperación impresión de muerte inminente; al mismo tiempo hay vómitos, dolor vivo de una mitad del cráneo y anestesia del miembro superior del lado opuesto y de toda la lengua; cuando la hemicránea cambia de lado, la anestesia del miembro superior cambia en correspondencia, pero la lengua se anestesia íntegramente en ambos casos; pasada la crisis, desaparece todo.

Ultimamente los accesos toman un carácter dominantemente angustioso: intensa constricción precordial, disnea e impresión de paralización del corazón, de muerte inminente; dá gritos de terror y a veces tiene raptus ansiosos en que se levanta y echa a correr; estas crisis duran media hora, y terminan con un eructo gasecso, que le produce gran alivio. A la vez las crisis con alteración de la conciencia, de antes, aumentan en frecuencia y se instala un estado de tensión anímica con inseguridad vital, dolor moral inexplicable, tanatofobia con representación obsesiva de lo fúnebre.

El 11. V. 38. le inyectamos 4 cc. de C., con resultado accesional de 45" de duración. El post-ataque es de tipo crepuscular con gran hiperquinesia incoherente e inestable. A los 9' despierta y entra en estado de gran agitación, con facies terrorífica, impulsos de fuga, grandes gritos y sollozos. Las siguientes inyecciones de C. producen análoga reacción afectivo-activa, en grado más a-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

centuado. Desaparecen los ataques de tipo angustioso después de la segunda inyección; pero a partir de la 3a. se instala un cuadro ansioso agudo, con agitación y agudización dolorosísima de las obsesiones y fobias en torno a la muerte, insomnio total, anorexia, pérdida de 3 kilos de peso en una semana, interrupción del trabajo por igual tiempo. La enferma tiene horror al tratamiento, y a su solicitud se suspende éste . La ansiedad cede lentamente, y a los 20 días comienza un estado de mejoría caracterizado por tres hechos importantes: 1o modificación favorable del complejo ideo-afectivo penoso en torno a la muerte, con presentación episódica de la obsesión, pero sin gran carga afectiva, y a veces sin ella. Estas vivencias se presentan sólo en crisis efímeras y muy distanciadas. Además, los fenómenos ansiosos se atenúan, y la enferma siente algún bienestar, como no había experimentado desde hace muchos años; 2.º desaparición de los ataques histero-angustiosos; y 3.º terror a la inyección de C., la que, según la paciente, estaría constantemente en su inconsciente y actuaría como un freno a su habitual emotividad. "El recuerdo de las inyecciones—agrega ella—me da carácter, por el temor de no verme obligada a recurrir a ellas."

Resumen: Histeria ansioso-conversiva, con cuadro intercrítico de angustia, en personalidad anormal de tipo histérico-paranoide-sensitivo. Tres inyecciones convulsivantes de C., con agitación angustiosa post-crítica y agudización alarmante de la ansiedad inter-accesional. Desaparición de los ataques histero-angustiosos desde la segunda inyección, con persistencia de otros levísimos. Terror al tratamiento, por lo que se suspende éste en la tercera inyección. La ansiedad remite y se hace episódica; persiste la obsesión en torno a la muerte, pero más raramente y sin gran carga afectiva. En suma: alivio apreciable.

Caso IV.—M. O., 24 años, soltera, india, leptosómica. Abuela paterna irritable, padre epileptoide, madre "nerviosa". Carácter pre-mórbido: inafectuosa, caprichosa, voluble, mitómana, de gustos e impulsos extravagantes, de escaso juicio y autocrítica, y por tanto muy ingenua y sugestionable; desordenada, perezosa, gastadora; además muy frágil a los accidentes emocionales, con cambios abruptos del humor y labilidad afectiva. Líbido exaltada; masturbación, relaciones incestuosas con un hermano suyo. A los 18 años de edad, cuadro ansioso, que dura tres semanas. Después de cinco años reaparece acompañado de crisis histero-angustiosas, con pérdida parcial de la conciencia, constricción torácica, llanto y grandes carcajadas. Los accesos se producen cada 2 ó 3 días, 1 ó 2 veces al día. Estado intercrítico: ansiedad con angustia torácica, sufrimiento moral inmotivado, astenia, irritabilidad, hiperquinesia ansiosa, cefalea, insomnio, anorexia. Tiene, entre otras parestesias, la "sensación de tener la columna vertebral a un costado del cuerpo". El 5. VIII. 38., primera inyección de C. En la víspera de la segunda sesión presenta impotencia motriz, con crisis de claudicación. Antes de la 3a. inyección, mudez absoluta (se expresa sólo por ademanes) y reaparición del habla en el momento de la inyección. Antes de la 4a.: rigidez de los miembros y algias intensas: una inyección de cacodilato de sodio le produce gran disnea; pero hace desaparecer instantáneamente los síntomas motores. La enferma se resiste a continuar el tratamiento en vista de que los ataques siguen produciéndose y la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ansiedad y las parestesias penosas se acentúan mezclándose a nuevos fenómenos de conversión. Y ya nos sentíamos nosotros mismos bastante desalentados y pesimistas, cuando a partir del 5.º ataque hay un cambio notable en el cuadro. Desaparecen las crisis; ceden la ansiedad y demás síntomas anímicos y físicos. Agregamos tres inyecciones más, con el intento de consolidar la cura y terminamos el tratamiento, el 9. IX. 38. Hasta la fecha se mantiene la mejoría. Las personas que acompañan a la enferma expresan que ésta ha sufrido casi bruscamente un cambio de carácter, modificándose favorablemente sobre todo su versatilidad, su falta de juicio y egocentrismo infantil; quedan como secuelas de su grave estado ansioso, distimias coléricas y depresivas efímeras.

Resumen: Histeria ansiosa, de 8 años de duración, en personalidad histérica. Siete ataques de C. en 35 días. Dosis inicial, 4 cc., y final, 6 cc. Resultado: a partir de la 5a. inyección desaparecen los ataques y mejora el cuadro ansioso, con modificación favorable del carácter.

Caso V.—U. U., 18 años, soltera, mestiza (Bi) leptosomo-pícnica. Madre irritable; de 6 hermanos, uno irritable. Criada por persona extraña desde un año de edad. Personalidad pre-mórbida: inteligencia despierta, imaginativa; actitud de extraversión: debilidad de juicio, inestabilidad afectiva y connativa; mitomanía, vanidad, susceptibilidad; impresionabilidad, sensiblería, poltronería, rasgos que corresponden a un carácter francamente anormal, de tipo dominantemente histérico. En enero de 1938, después de un traumatismo psíquico (intento de rapto y violación, escándalo policial) presenta ataques con pérdida parcial de la conciencia, rigideces y contracciones desordenadas, angustia torácica, impresión de muerte inminente, sollozos y carcajadas. Los accesos duran de una a dos horas, y cobran tal violencia que han requerido asistencia médica de emergencia. Además: onirismo con alucinaciones e ilusiones visuales, raptus confusional, discurso incoherente y amnesia consecutiva; estados accesionales de temblor generalizado, estornudos, sialorrea y contracturas. Estado intercrítico: ansiedad con inseguridad, tanatofobia, temor de alienarse, cambios abruptos del humor. El 12.VIII.38., el primer ataque de C. Hasta la décima inyección los efectos son inciertos: es verdad que cede un tanto la ansiedad, pero los ataques se producen quizás con mayor frecuencia. Después de la 10a. los grandes ataques convulsivos desaparecen y son sustituídos por accesos sin manifestación convulsiva, con angustia y simple enturbiamiento de la conciencia, modificables a veces por la voluntad, de pocos minutos y aún segundos de duración y cada día más alejados. Al mismo tiempo, la ansiedad desaparece como cuadro de fondo y se presenta sólo episódica y más levemente. Frente a este estado de mejoría, que dura ya 16 días, escribimos esta comunicación. La última inyección se ha puesto antier, 3.X.38.

Resumen: Histeria hiperquinética convulsiva y ansiosa, de 7 meses de duración, en personalidad histérica. Desde la 10a. inyección de C., supresión de los grandes ataques convulsivo-angustiosos, con persistencia de breves estados de obnubilación psíquica y angustia, pero aquinéticas, de mayor frecuencia que los anteriores. Desde la 8a. inyección la ansiedad mejora y se hace episódica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En suma: efecto aún incierto. Catorce inyecciones convulsivantes en 51 días. Dosis inicial eficaz, 5cc. Dosis actual, 10cc. (*)

Caso VI.—U. A., 18 años, soltera, mulata, leptosómica. Dos abuelos paternos de personalidad psicopática; abuela materna de temple lábil; madre padece de ataques histéricos desde los 20 años. Carácter pre-neurótico: extravertida, frívola, desordenada, vanidosa, sin llegar a los lindes de lo anormal.

Desde enero de 1937 tiene crisis nerviosas con pérdida parcial de la conciencia, rigidez generalizada, angustia torácica, llanto. Frecuencia: cada 1 a 5 días. Duración: 10 minutos. Otros ataques frustráneos, con ausencia y angustia. Cuadro intercrítico: ansiedad con inseguridad vital, pantofobia, obsesión de muerte cercana, irritabilidad, impulsividad, misantropía, cefalea tenaz, insomnio, anorexia, pérdida enorme de peso. El 22. VIII. 38., primera inyección convulsivante, que tiene por efecto suprimir definitivamente los ataques y apreciable alivio de los síntomas afectivos y somáticos. Después de la segunda desaparece la ansiedad; la enferma se torna alegre, afable y afectuosa, con disposición para el trabajo; después de la tercera ya no siente cefalea, va al cine y visita a sus amigas y parientes; después de la cuarta se despierta el apetito, incluso hay bulimia. A partir de la décima inyección se siente completamente sana, y nota que hasta ha cambiado de carácter. La supresión de la ansiedad y de la distimia irritable e impulsiva se acompaña de un verdadero brote de juicio, de adaptabilidad amable y jubilosa al medio familiar y social. Dos inyecciones más y damos por terminado el tratamiento, el 30.IX.38., con una inyección intramuscular de 12cc., que le produce ataque a los 45'.

Resumen: Histeria ansioso-hiperquinético-convulsiva, de un año y ocho meses de duración, en personalidad normal. Duración del tratamiento: 39 días; 12 ataques con 17 inyecciones. Dosis inicial eficaz: 4cc. Dosis final: 12cc. (intramuscular). Resultado: supresión de los ataques desde la primera inyección, mejoría gradual de la ansiedad y síntomas físicos hasta su completa desaparición a partir de la 10a. inyección. Cambio favorable del carácter.

Caso VII.—E. I., 25 años, casada, mestiza (Ib), leptosómica. Madre de carácter anormal, irritable; padre epiléptico. Personalidad pre-mórbida, casi normal, de tipo sensitivo.

A los 13 años, ataque de tipo histérico-angustioso, con pérdida parcial de la conciencia y expresiones motrices desordenadas y variables. Desde entonces los accesos se presentan hasta el presente, ya en series, ya esporádicamente. En IX.937, la abandona el esposo y sufre desde entonces de ansiedad, angustia torácica, labilidad afectiva, astenia, misantropía, irritabilidad, insomnio, cefalea tenaz, que la mortifica mucho. El tratamiento sedante y psicoterápico que empleamos durante seis meses logra en parte y por períodos aliviar los síntomas afectivos y críticos. Ante una recrudecencia de éstos, el 22.VIII. 38 le aplicamos una inyección de C., 4cc. en 5", con resultado convulsivo y des-

* El 12. XII. 38, la enferma ha sido dada de alta en la 28a. inyección; hay remisión completa del cuadro.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pertar terrorífico y llanto. El efecto producido por esta única inyección sobre el psiquismo de la enferma es sorprendente: esa misma tarde empiezan a ceder la penosa tensión afectiva y los demás síntomas psíquicos; al día siguiente hay una verdadera transformación anímica: humor eufórico, estable, espontaneidad dinámica, sociabilidad, optimismo, como no había experimentado desde hace mucho tiempo, reemplazan ahora a la emotividad aguda y las vivencias dolorosas de antes. Desgraciadamente tenemos que suspender el tratamiento en este punto porque se ha presentado fiebre y demás síntomas de una afección respiratoria, ante el temor de que se produzca un nuevo brote tuberculoso (la enferma nos confiesa todavía después de la inyección que padeció hace algunos meses de "congestión pulmonar"). Hasta vísperas de esta comunicación, en que obtenemos el último informe, la enferma sigue en mejoría progresiva, y en el mes y medio transcurrido no ha tenido una sola crisis. Frente a este proceso no cabría hablar de curación, en vista de que E.I. ha presentado antes largos períodos de latencia espontánea de los accesos y bien podría haber entrado en uno de ellos. Lo que llama la atención y se presta a meditaciones de largo alcance es la reacción tan rápida y aparatosa del cuadro con una sola inyección convulsivante. Sigue bajo nuestra observación y control.

Resumen: Histeria hiperquinético-convulsiva, de 12 años de duración, complicada de angustia desde hace 11 meses. Una sóla crisis con el C. logra aparatosamente la remisión de la ansiedad y la desaparición de los ataques. Resultado incierto y lleno de interrogaciones, no sólo por el poco tiempo transcurrido, sinó también porque en esta enferma las crisis se presentan en series de intervalos muy irregulares.

APENDICE AL PRIMER GRUPO

Caso VIII.—L.A., 15 años, soltera, mestiza (Bich), leptosómica, hija única. Abuelo paterno irritable; abuelo materno epileptoide; madre irritable. Personalidad de adolescente extravertida, frívola, inquieta, egoísta, de gustos y aficiones infantiles, irritable, caprichosa, perezosa, desordenada, poco afectuosa y sensible, pero muy lábil-afectiva. A los 12 años de edad presenta un único ataque convulsivo, con pérdida completa de conocimiento. Después tiene crisis de tipo dominantemente angustioso, con obnubilación parcial de la conciencia, ambliopía, gran disnea y constricción torácica y desesperación; no presenta convulsiones y dura 5 minutos. Casi inmediatamente se repone y continúa su vida ordinaria. Estas crisis se hacen frecuentes en el presente año a raíz de la menarquia, ofreciéndose cada 2-4 días. Desde el comienzo de la enfermedad hay exacerbación de la irritabilidad, con impulsividad, indocilidad extremadas y aun hostilidad frente a los suyos. El 26. VIII. 38 se le inyecta 2 cc. de C. en 5", con fin diagnóstico, y la enferma responde con un fuerte ataque. Siete días después, con el mismo fin, otra inyección de dosis y tiempo iguales, con resultado esta vez negativo. Ante este hecho contradictorio, a los 3 días le inyectamos 2cc. en 2", con resultado también negativo, y a los pocos minutos otra inyección de 2.5cc. en 4", con lo que se produce el segundo ataque. Hemos procedido así, no obstante el resultado de la primera inyección (que nos incli-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

naría al diagnóstico de epilepsia) tanto por la fisonomía histeroide de los accesos y lo contradictorio de las siguientes reacciones al Cardiazol cuanto—y esto ha pesado más en nuestro criterio clínico—porque desde que iniciamos el método convulsivante, en 10 días no se ha presentado ningún ataque espontáneo, y el estado afectivo ha mejorado de modo sorprendente. A nuestra cuenta y riesgo, y colocado en el terreno azaroso de las probabilidades, resolvemos seguir adelante. Después de la segunda convulsión provocada, se opera un cambio aun más profundo en la enferma: desaparecen la incontinencia irritable e impulsiva y los caprichos y la actitud hostil frente a los suyos. La paciente se torna alegre, sociable, dócil y afectuosa con su madre, a quien ayuda voluntariamente en los quehaceres domésticos, hecho insólito no sólo en relación al tiempo de la enfermedad, sinó también a la etapa pre-mórbida. Damos por terminado el tratamiento administrando 3 inyecciones más, todas de 2.5 cc. excepto la última (23.IX.38) que requirió 2.5+3 cc. En 28 días que ha durado la terapia convulsivante y 12 que han transcurrido hasta hoy no se ha registrado ningún ataque, pese a la abstinencia absoluta de medicación oral. El cambio de lo afectivo se mantiene; hay aumento de peso y—hecho curioso que merece consignarse—desde el primer ataque desaparece una rinitis con secreción mucosa constante, de varios años de duración y rebelde a los tratamientos anteriores. El cuadro, como elemento accesional y fondo caracterológico, tiene fisonomía más parecida a la histeria que a la epilepsia. Mas, de otro lado, vemos que no se acompaña del aparato ansioso y conversivo de los otros, y—hecho muy importante—tiene un bajísimo umbral de reactividad frente al Cardiazol (ataques con 2 y 2.5 cc. en casi todo el tratamiento, en persona de 47.5 kilos).

Resumen: Cuadro accesional de fisonomía histérica (sin convulsiones ni pérdida total de la conciencia; más bien con angustia) de 3 años de duración en personalidad histeroide. Cinco ataques en 28 días. Dosis convulsivante inicial: 2 cc.; 3 ataques más con 2.5 cc. y el último con 3 cc. (bajo umbral de reactividad al C. en persona de 47.5 kls. de peso). Resultado: supresión de los ataques espontáneos desde la primera inyección, cambio favorable del carácter, y curación de rinitis crónica, que se mantiene en 40 días de observación.

SEGUNDO GRUPO

CUADROS ATIPICOS MAS PROXIMOS A LA EPILEPSIA QUE A LA HISTERIA

Los tres cuadros de tipo paroxismal que presentamos en este grupo tienen un triple denominador común: a) el carácter más comicial que pitiático de las crisis; b) ritmo espaciado de éstas, habiendo comenzado y terminado nuestra intervención en un período de calma, sin un ataque espontáneo, hasta hoy; y c) su importancia más diagnóstica que terapéutica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso IX.—N. A., 13 años, soltera, mulata (Nib), tipo leptosomático. Abuelo paterno irritable; padre epileptoide. Personalidad pre-mórbida anormal: extravertida, inafectuosa, irritable, impulsiva, indócil, caprichosa, frívola, holgazana, desordenada, muy asustadiza. La enfermedad empieza en julio de 1938: ataque convulsivo con pérdida total del conocimiento, vómitos; otro ataque parecido el 20.VIII.38, ambos en la escuela. Ni la enferma ni la familia conocen otros detalles del acceso. Se exacerban su irritabilidad e impulsividad habituales; se torna ensimismada, silenciosa y misántropa. El 26.VIII.38, primera inyección de 2.5 cc. de C. en 8", que produce sólo intranquilidad y gritos estridentes, sin trastorno de la conciencia, y en los días siguientes mejoría notable del estado afectivo. Inyecciones de 2.5 cc. en 2" y de 3 cc. en 3" puestas con intervalos de 7 y 3 días respectivamente, dan resultado negativo. Pocos minutos después de la última (de 3 cc.) le ponemos otra de 4 cc., con lo que todavía se produce ataque; 4 días después, 4 cc. en 4" resulta igualmente negativo. Un ataque con una sola inyección se produce solamente con 5 cc. Desde el primer acceso cardiazólico el cambio del psiquismo es aún más acentuado: estado de ánimo alegre, sociabilidad, actividad útil, como nunca había presentado aun antes de la enfermedad; reanuda sus labores escolares, tiene bastante apetito y duerme mucho. Le ponemos 3 inyecciones más, siendo la última el 19.IX.38. Hasta hoy no se ha presentado ningún acceso. Se mantiene el cambio favorable del psiquismo.

Resumen: Antes de la primera consulta, dos únicos ataques convulsivos espontáneos en 45 días, en personalidad anormal de tipo irritable-histeroide Extraordinaria resistencia al Cardiazol (dosis convulsivante mínima en persona de 48 kls.: 5 cc.) Cuatro crisis provocadas en 14 días. Dosis final: 6 cc Efecto: no se produce ningún ataque espontáneo pese a la privación de luminal; mejoran el humor y la actividad productiva y desaparecen los síntomas físicos desde la primera inyección convulsivante. En abstinencia de luminal y observación. Caso de aplicación del C. como test diagnóstico entre Epilepsia e Histeria.

Caso X.—R. U., 14 años, soltera, mestiza (Ib), pícnica, hija única, por haber muerto 10 hermanos anteriores en la primera infancia. Padre epileptoide, con embriaguez patológica; madre luética (R.W.+), padece de ataques epilépticos desde la menopausia. Personalidad pre-mórbida: poco inteligente, muy irritable e impulsiva (agresión a la madre), caprichosa, inafectuosa, impresionable. Desde hace 3 años asiste los continuos accesos epilépticos de la madre. R. W. y Kahn, negativos. Desde noviembre de 1938 tiene ataques de tipo comicial, incluso con mordedura de la lengua, que se presentan seriados y en una ocasión, subintrantes, con intervalos de 2 a 5 meses entre las series, habiéndose presentado la última 2 meses antes de la primera consulta. Comienzan las crisis con contracciones clónicas del brazo derecho. Mioclonias sólo en el brazo derecho se presentan pocas semanas antes del comienzo de los ataques, y después se producen casi todos los días, varias veces. A veces mioclonias palpebrales bilaterales y mareos, sin trastornos de la conciencia. El carácter se torna aún más irritable e impulsivo. Sometida al test del C. el 12 de VIII. 38: 2 cc. en 8" y a los 12' otra de 2 cc. en 3", da resultado negativo. A los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

15 días, 2.2 cc. en 2", 7 días después 2.5 cc. en 2", y cuatro días más, 3 cc. en 3", dan todas resultado negativo. La dosis límite sería para la enferma (42.5 kilos) de solo 2.2 cc., según la técnica adoptada. Ante este cuadro, que nos alejaría del diagnóstico de epilepsia, resolvemos seguir adelante hasta producir ataques convulsivos. El 12.IX.38 le ponemos 3.5 cc. en 3", con resultado negativo; a los pocos momentos, 4 cc. en 5", que le produce ataque. El padre asiste a esta sesión y expresa que la crisis cardiazólica es igual en todas sus fases a la que ofrece espontáneamente la enferma. Dos ataques más con 4 cc.; y damos por terminada nuestra intervención, el 16.IX.38. Pese a la abstinencia de luminal no se han presentado ataques y las mioclonias se producen sólo 2 veces, con intervalos de 6-18 días; más bien hay adormecimiento del brazo derecho 2 veces (29.VIII. y 9 IX) y sensación vertiginosa con impresión de inminencia de ataque, 3 veces (4, 5 y 10 de IX). Persiste el mal humor, aunque ya episódicamente, con días de tranquilidad, y hasta de alegría. Etiología luética, calidad de las crisis y de las demás manifestaciones neurológicas, y fondo psicológico, ubican este cuadro en los casilleros de la epilepsia sintomática; su colocación en este grupo se debe a su gran resistencia al Cardiazol.

Resumen: Ataques epileptiformes desde hace 9 meses en hija única, heredo-luética, muy mimada, de personalidad anormal, irritable y explosiva; además mioclonias y acentuación de la distimia colérica e impulsiva. Dosis de C. hasta de 3.5 cc. dan resultado negativo. Tres ataques con 4 cc. de C. alejan las mioclonias y mejoran discretamente el humor. En 55 días de observación no se produce ningún ataque espontáneo. Caso de diagnóstico.

Caso XI.—N. A., 18 años, blanca, soltera, leptosomo-pícnica, hija única (por muerte de 13 hermanos en la primera infancia). Abuela paterna epileptoide; padre luético, sensitivo-paranoide. A. fué una niña enfermiza, alegre, tímida, muy impresionable, tierna y llorona. En la adolescencia se afirman y amplían estas líneas temperamentales, constituyendo una personalidad dominantemente emotiva, tanto en el sentido de susceptibilidad, de sensibilidad para las relaciones inter-individuales, con fuerte carga de amor propio, cuanto en el de timidez y vulnerabilidad emotiva, matizado por otras manifestaciones de superestructura: alto sentido moral, delicadeza espiritual y sólida autocrítica, que compensan sus excesos temperamentales. A la edad de 4 años, una crisis nerviosa de 15 a 30' con rigidez generalizada, desviación de los ojos y pérdida del conocimiento. A los 7 años, una serie de ataques de 10' de duración, con vómitos y pérdida del conocimiento, sin convulsiones. Desde los 8 años hasta la edad presente, los ataques se caracterizan por lo siguiente: aura psíquica (confusión de ideas, desorientación, extrañeza de la realidad, terror, angustia torácica, grita pidiendo auxilio y toma sus precauciones para no caer al suelo); pérdida total del conocimiento, convulsiones tónicas (nunca ha presentado clónicas) desviación de los ojos, mordedura de la lengua. Dura 10', (?) y al fín hay llanto, y poco después sueño profundo, del que despierta con cefalea y náuseas. Los ataques se presentan seriados, con períodos de descanso hasta de dos años. La medicación anticonvulsiva tiene escasa influencia en el curso de las crisis, lo mismo que una cura antiluética intensa que se efec-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

túa el año pasado. Más bien, cambios de clima y ambiente social (a veces una mudanza) parecen tener influencia efectiva sobre ellas. Desde febrero de 1938, a raíz de un ataque ocurrido en la calle, hay un verdadero cuadro intercrítico de ansiedad en un fondo de depresión, de desesperanza, de falta de adhesión a la vida. El 26.VIII.38, inyección de 2.5 cc. con fin diagnóstico, con resultado positivo, inquietud y llanto post-críticos. Con esta primera inyección desaparecen abruptamente la ansiedad y demás síntomas afectivo-activos penosos. Se torna la enferma alegre, optimista, activa, como no había estado desde hacía casi un año. El 16.IX.38, regresa al servicio, porque tres días antes han vuelto los síntomas ansiosos, aunque de menor intensidad. Le ponemos 2 cc. en 2", con resultado positivo; esa misma tarde se inicia la menstruación y ceden los síntomas afectivos. Diez días después otros 2 cc. en 3", con igual resultado. Un poco de tristeza que sintiera desde días antes por enfermedad de un familiar suyo, desaparece completamente. La enferma nos refiere riendo que la inyección le ha hecho insensible a las desgracias.

Resumen: Cuadro convulsivo epileptiforme, que data de los 4 años de edad, en heredo-luética de mentalidad ni epileptica ni histérica; más bien sensitivo-lábil; últimamente complicado de ansiedad. Dosis pequeñas de C. (2cc.) dan resultado positivo (3 veces en un mes) y remisión casi abrupta de los síntomas ansiosos, sin actualización de crisis espontáneas, que faltan desde hace 5 meses.

TERCER GRUPO

CUADROS ACCESIONALES EPILEPTICOS

Presentamos en este grupo dos enfermas de historia y sintomatología ostensiblemente epilépticas. Fueron sometidas al test del Cardiazol, con resultado positivo en la segunda y negativo en la primera. Pero—hecho curioso—después de la primera inyección de prueba se opera en ellas un cambio abrupto del cuadro mórbido, lo que nos movió a seguir la administración del C. ya como medio curativo. Los resultados obtenidos hasta hoy—ambas están aún en tratamiento—son sumamente interesantes, como puede verse por la reseña rapidísima que hoy damos, reservándonos tratarlos en su debida amplitud en una próxima comunicación, en colaboración con el Prof. Honorio Delgado.

Caso XII.—U.L., 17 años; ataques de epilepsia sintomática desde los 10 años de edad; 2-4 grandes ataques todos los días; ataques frustráneos a cada instante. A partir del 10.VI.38, inyecciones de C.: 2 cc. en 65", 2 cc. en 3" y 3 cc. en 3", con resultado negativo. Todavía 4 cc. en 4" producen accesos. Desde la primera inyección hay remisión aparatosa de las convulsiones (incluso varios días sin el menor accidente paroxismal) y cambio afectivo-activo notable, que se mantiene en 4 meses de tratamiento, con privación casi completa de sedantes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso XIII.—A. E., 13 años; desde los 7 años crisis convulsivas epilépticas de la mitad izquierda del cuerpo, sin pérdida total de la conciencia, 3-4 veces todos los días; ataques leves cada 10-15', alucinaciones terroríficas. El 26.VIII. 38., 2 cc. de C., como test, da resultado positivo y efecto terapéutico inesperado: supresión de toda manifestación motriz en 7 de los 10 días de intervalo entre la primera y segunda sesiones, con cambio apreciable del humor y de la espontaneidad activa útil, que se mantiene en 40 días de experiencia y llegando últimamente a un verdadero cambio de carácter.

COMPUTO Y UBICACION DE LOS HECHOS

Esta primera comunicación—especie de corte transversal (5.X.38) de nuestros actuales trabajos con el Cardiazol—se refiere a la aplicación de éste en 8 casos de histeria de tipo accesional y 5 cuadros accesionales epileptiformes; y, no obstante estar nuestra labor en plena marcha y ser aun limitados el número de casos y el tiempo de observación post-terapéutica, apuntamos hoy algunos hechos, a nuestro parecer bastante significativos, sobre la eficacia del C. frente a la histeria y—hecho singular—aun a la epilepsia.

Para examinar con método los resultados, y siendo nuestro tema primitivo y central el tratamiento de las neurosis, hemos de separar forzosamente los 8 casos de histeria de los 5 restantes, ligados a aquél sólo de modo fortuito y subsidiario.

En la histeria.—De 8 casos, en 7 hemos dado por terminado el tratamiento. El caso restante continúa en cura. De los 7 primeros, en uno solo (caso III) la remisión es incompleta, y es en el que interrumpimos el tratamiento en la tercera inyección, por voluntad de la enferma.

Entre los 6 casos de remisión completa, en uno sólo de ellos (caso VII) la sintomatología accesional es discontínua e irregular, pudiendo suscitarse la cuestión de la coincidencia de la cura cardiazólica con uno de los tantos períodos de latencia; pero en los 5 restantes, el C. se ha manifestado como un remedio heroico, haciendo desaparecer, de modo a veces impresionante, ataques casi siempre cotidianos, rebeldes a otra terapéutica.

Resumiendo : de 8 casos tratados, tenemos :
En remisión completa : 6 casos
En remisión incompleta : 1 caso
En tratamiento : 1 caso.

No hemos notado relación constante entre el tiempo de enfermedad y el resultado curativo. Tomando los casos extremos, vemos que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las enfermas IV y VII, de 8 y 12 años de enfermedad, respectivamente, remiten con prontitud; en cambio el caso V, de sólo 7 meses, está aun en tratamiento, con discreta mejoría después de haber sufrido ya 14 ataques. Es precisamente este caso el de más alto umbral de reactividad al C.: requirió 5 cc. como dosis inicial, y 10 cc. es la dosis actual, cuando en las demás enfermas de este grupo se ha empleado 4 cc. inicial y de 4 a 6 cc. final (en el caso VIII, 2 cc. inicial y 2.5+3 cc. final).

El cuadro intercrítico (ansiedad en 7 casos e irritabilidad en 1 caso) desaparece completamente en los casos de remisión completa, del siguiente modo: junto con los ataques, en 4 casos; y días antes y días después, en los dos restantes casos.

Hay además cambio favorable del carácter (aun en relación a lo pre-mórbido) en 4 casos de remisión completa, hecho que creemos muy importante, si se tiene en cuenta que de los 8 casos de este grupo, 6 tienen personalidad pre-neurótica anormal, habiendo ocurrido aquel cambio precisamente en ellas.

En 3 casos el tiempo de observación post-terapéutica es mayor de 4 meses. En los demás, fluctúa entre 37 y 44 días (hasta 5.X.38).

En los cuadros epileptiformes.—Nuestras experiencias en este campo, en dos aspectos principales: a) reactividad biológica al Cardiazol (con posibles consecuencias diagnósticas); y b) reactividad terapéutica, nos han proporcionado datos que juzgamos interesantes.

A.—Con respecto a la reactividad accesional al Cardiazol, debemos considerar tanto la dosis mínima convulsivante (umbral de reactividad) cuanto la dosis máxima y el número de ataques, comparando con lo observado entre los enfermos del 1er. grupo, que actuarían en este caso como testigos:

La dosis mínima media es de 3.9 cc. en los casos de histeria y de 3.4 cc. en los cuadros epileptiformes. La dosis máxima media es de 6 cc. en los primeros y de 4.2 cc. en los últimos, con 63 ataques (8 ataques por enfermo) en los histeriformes, y 36 (7 ataques por enfermo) en los epileptiformes.

Estas cifras indican que en nuestras enfermas con síntomas nerviosos paroxismales, las epileptiformes se muestran en general más vulnerables al Cardiazol que las histeriformes. Pero tomando los casos en particular, las cifras obtenidas son muy variables, y nada orientadoras hacia la utilización práctica del C. como medio

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de diagnóstico; y ésto particularmente para la dosis inicial convulsivante, que es la ensayada por los diversos autores que han intentado establecer un test diferencial entre histeria y epilepsia.

En efecto, de 5 casos, en 3 las dosis mínimas son las observadas en las personas no epilépticas (5 cc. en un caso y 4 cc. en los restantes) y sólo en 2 son bajas (2 cc.)

Y estos resultados no están en relación constante con el peso; así, entre 2 enfermas de peso alto, la que pesa 53 kls. reacciona convulsivamente con sólo 2 cc., y la de 48 kilos todavía con 5 cc. En 2 enfermas ostensiblemente epilépticas de peso casi igual, la de 42.5 kls. requiere 4 cc. y la de 41.5 kls., sólo 2 cc..

Las dosis máximas parecen ser algo más significativas: en los casos histeriformes las cifras más frecuentes son las de 6 a 10 cc.; en los epileptiformes, los de 4 y 5 cc. (las enfermas XII y XIII, con 16 y 10 ataques, respectivamente, no pasan de 4 y 5 cc. como dosis máxima), pero tal hecho, como se comprende, no tiene gran valor práctico diagnóstico. Esto estaría de acuerdo con las conclusiones de STIEFLER y LANDSTEINER, LANGELUEDDEKE y STEINIAU, MUYLE, KOST, sobre la incertidumbre actual en torno al valor del C. como test diagnóstico. No obstante, seguimos en nuestras pesquizas, a base de la escala ya mencionada. (*)

B) El valor terapéutico del Cardiazol en los síndromes epileptiformes es un hallazgo inesperado de nuestras experiencias frente a los cuadros accesionales atípicos. El C. no sólo deja de provocar ataques espontáneos (experiencias en 3 epilépticos en período de latencia accesional) sinó que origina mejoría notable del cuadro paroxismal mismo y de los estados de fondo. Distanciamiento de los ataques por días y aun semanas en cuadros accesionales cotidianos e incoercibles; mejoría y aun desaparición aparatosa de la distimia irritable o ansiosa intercrítica (**)y en ciertos casos verdadero cambio de algunos aspectos del carácter, son los hechos registrados, y que se mantienen hasta hoy en tiempos de observación que fluctúan entre 40 y 117 días.

---

* Hasta el 28.X.38 tenemos un total de 18 casos sometidos a la prueba del Cardiazol.

** Escrito lo anterior leemos en Journ. Belge de Neur. et de Psych., 1938, No. 5, los resultados favorables obtenidos con el C. por A. Leroy en el tratamiento de los episodios de distimia colérica de los epilépticos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Ofrecemos en el cuadro adjunto una exposición sistemática de los hechos más saltantes de nuestra observación.

CONCLUSIONES

1o. El Cardiazol en dosis convulsivante tiene eficacia curativa frente a las manifestaciones accesionales de la histeria. De 8 casos tratados, hay remisión completa en 6 casos, y remisión incompleta en 2 casos, uno de ellos en actual tratamiento.

2o. No hay relación constante entre la eficacia terapéutica del C. y la duración de la enfermedad.

3o. El C. se muestra también eficaz frente a los síntomas anímicos de fondo, sobre todo la ansiedad.

4o. Síntomas físicos como la cefalea, la astenia y la desnutrición, desaparecen en el curso del tratamiento. Una de nuestras enfermas ha curado de una rinitis crónica y rebelde a raíz de la terapéutica convulsivante.

5o. En ciertos casos el C. opera modificaciones de las actitudes y reacciones de la personalidad en el sentido de una mejor adaptabilidad social.

6o. En varios casos de nuestra experiencia los efectos favorables del C. se manifiestan aun cuando la inyección no haya originado ataque convulsivo, lo que nos llevaría a pensar en que la influencia curativa del C. se ejerce aun fuera de los centros epileptógenos.

7o. Los casos del grupo de la epilepsia se muestran en general más vulnerables a la acción convulsivante del C. que los del grupo de la histeria; pero todavía no estamos capacitados para emitir conclusiones sobre el valor del C. como prueba diagnóstica de la epilepsia.

8o. Las inyecciones convulsivantes en epilépticos no intensifican las crisis espontáneas ni despiertan las latencias. Más bien se nota atenuación y distanciamiento considerables de los ataques y remisión de la distimia irritable, lo que nos llevaría a la noción algo paradójica del tratamiento de la epilepsia por el shock epileptógeno.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Enciñas | Hospital Victor Larco Herrera

SINOPSIS

	CONDICIONES PRE-TERAPEUTICAS						DATOS SOBRE EL TRATAMIENTO				
Casos	Edad	Personalidad anormal	Tiempo de enfermedad, en años	Manifestación convulsiva	Pérdida de la conciencia	Cuadro intercrítico	Dosis inicial	Dosis máxima	N.º de ataques provocados	Remisión	Duración de la remisión, en días (1)
I	19	+	5	−	±	A (2)	4	6	11	+	125
II	22	+	2	−	±	A	4	6	10	+	133
III	24	+	9	−	±	A	4	4	3	±	120
IV	24	+	8	−	±	A	4	6	7	+	37
V	18	+	0	+	±	A	5	10	14	±	−
VI	18	−	1.5	+	±	A	4	7	12	+	44
VII	25	−	12	+	±	A	4	−	1	+	40
VIII	15	+	3	−	±	I (3)	2	3	5	+	40
IX	13	+	0	?	+	I	5	6	4	?	40
X	14	+	0	+	+	I	4	4	3	?	55
XI	18	±	14	+	+	A	2	2	3	?	40
XII	17	+	7	+	+	I	4	5	16	±	117
XIII	13	+	6	+	±	I	2	4	10	±	40

(1) Hasta el 5.X.38.

(2) Ansiedad

(3) Irritabilidad

ICONOGRAFIA ESQUIZOFRENICA *

Por **ARTURO JIMENEZ BORJA**

"Los pacientes con más frecuencia de la que se puede imaginar confían a las líneas que dibujan elementos de su secreto vital que no se puede obtener por ninguna otra vía" (HONORIO DELGADO). El estudio de este precioso material sirve de tema al presente trabajo.

Debemos aproximarnos a estos dibujos con la mejor de las disposiciones, es decir, limpios de toda idea preconcebida y también como aconseja HANS BÜRGER-PRINZ, liberados un tanto de nuestra pesada carga de saber.

Es éste, viaje lleno de riesgos, pero lleno también de desconocidas bellezas. Los que lo han realizado ya, tienen escrito valiosos itinerarios, pero descripciones diferentes del camino. Se colige de aquí el prudente tono general que conviene seguir describiendo comedidamente, deteniendo la pluma las veces que sea necesario a fin de dar repetida oportunidad a que los dibujos hablen por sí evitando todo exceso de interpretación. Este plan de trabajo quizá parezca demasiado objetivo y demasiado cauto, pero la naturaleza del tema autoriza en cierta forma esta línea de conducta.

En sitio aparte se debe señalar el gran interés que tiene no desgajar los dibujos de su medio. A veces un dibujo aislado no tiene en sí nada de extraordinario, mas cuando advertimos que el paciente repite y repite monótonamente este solo dibujo, por espacio de años hasta poderse reunir series interminables, comprendemos la extraordinaria importancia del marco clínico.

Se ha trabajado sobre un total de 2,929 láminas. Muchas de estas láminas contienen varios dibujos. Algunas son grandes trozos de papel cubiertos de grabados en sus dos caras. El paciente ha dibujado a veces espontáneamente, otras se le ha invitado a trabajar, o venciendo ciertas resistencias ha realizado sus láminas.

---

* Trabajo hecho en el Servicio del Dr. Honorio Delgado y en parte con el material acumulado por él desde hace dieciocho años. El autor prepara un estudio más extenso y sistemático del cual es fragmento el artículo presente.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Hay una parcela en esta producción, bastante grande, que escapa a todo intento de numeración. Se trata de pequeños rasgos, garabatos, ornamentaciones, señales, que aparecen derramados en los sitios más diversos: márgenes de cuadernos, cartas, papeles de periódicos, etc. Sirviendo para separar capítulos de su propia producción literaria, embelleciendo títulos, complicando firmas, otras veces ocupando el sitio de las palabras, etc. En todos los casos una obscura "necesidad de expresión" (PRINZHORN) conduce la mano hacia la realización de los dibujos. A veces sorprende la pobreza formal en relación al denso contenido. Se produce como una discordancia entre el propósito que anima a la línea y su miseria expresiva. Son quizá, estas pobres líneas las que más fielmente nos cuentan de esta "necesidad de expresión" que aflora salvando, al parecer, grandes dificultades.

Creo necesario describir aun cuando sólo sea a grandes rasgos las relaciones del paciente con su medio. Los dibujos nacen en un clima especial que los rodea y acondiciona. Brotan de un mundo ajeno a nosotros cuyo conocimiento es de utilidad.

Aun cuando las experiencias normal y anormal se den próximas, la impresión de distancia entre una y otra es tan distinta que parecen pertenecer a mundos diferentes. El paciente esquizofrénico parece moverse en un ámbito que formase cuerpo con él. Es una atmósfera como desposeída de linderos entre lo subjetivo y el contorno que rodea al sujeto. Un paciente (D. M.) vio cierto día a un jardinero arrancando una planta. Se dolió mucho de ello y protestaba diciendo "no maltraten a nuestros hermanos, no hay que sacar plantas. ¡Plántenme a mí!" Y diciendo esto se ponía en el surco pidiendo le cubriesen los pies con tierra. Esta participación del sujeto en la vida de las cosas se advierte a veces muy clara. Un paciente que cita el Dr. HONORIO DELGADO, exclama: "la cabeza me duele, me duele el cielo raso, me duele la puerta, me duele el andamio". El ámbito que rodea al paciente y todo cuanto contiene, incluso el sujeto mismo, aparecen como algo homogéneo. Una misma savia los recorre y el disturbio de uno repercute en el todo.

Los hombres primitivos y los niños tienen estas y otras experiencias parecidas que, salvando las naturales distancias, serán citadas aquí a menudo. Uno de los propósitos de estas citas es conceder claridad a la exposición y desvestir la experiencia patológica de esa extrañeza e incomprensible sinrazón que parece poseerla y que tanto nos la aleja. Pero el principal móvil es sugerir analogías y puntos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de vista fecundos para nuestro estudio, ya que algunos estudiosos (los psicoanalistas HEINZ WERNER, ALFRED STORCH y otros) señalan en la esquizofrenia una suerte de regresión hacia niveles primitivos de nuestra experiencia.

Un ejemplo de participación del hombre en el acontecer del mundo, citado por Freud, nos lo proporciona la conducta de algunos pueblos africanos. En la Baja Guinea, oeste del continente, existen reyes — sacerdotes cuya función consiste en apaciguar las tempestades y cuidar del mantenimiento normal de la atmósfera. Uno de estos reyes no puede acostarse, debe dormir sentado sobre su trono; si se acostase cesaría de soplar el viento perturbando la navegación.

Las comarcas del yo en los pacientes se dilatan gracias a una demolición de fronteras entre el sueño y la vigilia; así se abren perspectivas de momento en momento más y más inesperadas. Un paciente (J. C.) despertó sollozando una mañana. Refirió que en sueños había visto morir a su madre. Decía: "es una pérdida irreparable". Muy apesadumbrado contó la nueva a los enfermeros y pacientes y al llegar al médico jefe lo abrazó llorando. Otro paciente (A. M.) tenía la sospecha de que ciertos sueños habitaban en su cuarto. "Aquí en el cuarto donde duermo, decía, sueño endiabladuras. Yo no sé qué tiene este maldito cuarto". HEINZ WERNER relata cómo un dayak de Borneo soñó una vez que su mujer le era infiel y la castigó al despertar. Según SULLY, un pequeño niño suplicaba que no se le obligue a dormir en determinado cuarto porque había determinados sueños en él.

El ámbito que circunda al sujeto no es fría objetividad, como constata la experiencia normal. Está recorrido por fuerzas misteriosas. El mundo antes impenetrable se hiende y deja ver perspectivas llenas de ardor y de sospecha, al fondo de las cuales todavía es posible vislumbrar ocultos significados. A modo de ilustración van algunos fragmentos del diario de un paciente (J. C.): "Por los estudios realizados sabemos que el día tiene un tiempo específico, que es la una de la tarde, hora de la muerte." "La luz infraroja significa peligro, la luz violeta, odio, venganza, crimen." Los colores de las personas y las cosas tienen mensajes que sólo el enfermo descifra. Una joven de veintidos años expresaba que la gente tiene colores diferentes. "Los colores de los comerciantes son secos como paja quemada, los envidiosos tienen ojos salados y poco color; ellos deben comer pescado pues eso hace blanca la gente", (A. STORCH).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Otras veces el paciente anima a las cosas de su contorno, les habla y concede un rango muy semejante al suyo. Entonces cada cosa es enfocada como "tú". En el pabellón en donde estaba recluído el paciente D. M. hay un pequeño monumento rodeado de jardines. Es un busto de bronce que el tiempo ha patinado de verde. Un día, este enfermo se detuvo frente a él y le dirigió un largo parlamento llamándolo "señor de color de coca." Entre otras cosas le dijo: "¿Dónde están sus brazos? Su cuerpo está flaco, preciso será darle agua sucia para que engorde y le salgan brazos. ¿Qué vé Ud. a lo lejos? Siempre le saludo, no me contesta". Entre los niños sucede algo parecido. Un pequeño, de dos años y medio se puso a dar vueltas en torno a una estatua de mármol y dijo, compadeciéndola: "Pobre hombre, está perdido, no puede hablar con nadie". (H. WERNER). Otro niño de un año y ocho meses tenía predilección por la letra W y le hablaba diciendo "mi vieja y querida W". (G. SEGUEL).

A veces un sentimiento de irrealidad invade la experiencia del paciente. El mundo se mira como a través de una bruma y el contorno de las cosas se dibuja con suavidad sobre un fondo de tonos musitados. Esta atmósfera de ensueño se advierte en muchos dibujos de los enfermos. El sentimiento de extrañeza frente al mundo aisla poco a poco al sujeto que se abandona por los vagos caminos de su mundo interior. Un lenguaje lleno de símbolos y de obscuras imágenes se hace presente: "Culebras en idioma culebra de la cabeza a los pies, culebra arboladura inmensa llanura del mar" (J. O.) Este nuevo mundo tiene como centro de gravitación el YO del paciente y está acondicionado por el autismo. El agua, por ejemplo, para la experiencia normal es una substancia natural que circula siguiendo leyes conocidas. Autísticamente el agua se puede asimilar a excreciones: lágrimas, moco, etc., puede simbolizar el nacimiento, la vida (agua de vida), la muerte, etc. El paciente D. M. pintó, en cierta ocasión, sus zapatos con un trozo de yeso. Fue interrogado acerca de qué significaba aquello, el primer día no dió una respuesta clara; sólo el segundo día que se repitió la pregunta dijo: "He pintado los zapatos con semen del señor" (señalando al interno del servicio).

La dificultad de insertarse adecuadamente en la experiencia normal, suma su acción, y aisla al paciente empujándolo lentamente al margen de la actividad ordinaria. Solos, subordinados a nadie, sin medida de las propias fuerzas, comienzan a germinar vigorosos impulsos. Un sentimiento de omnipotencia se hace presente que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

puede llevar al paciente a decir: "¡Soy Dios!" Otras veces se manifiesta una acentuada sobreestima: afectadas maneras, engolado modo de hablar, etc., dicen de esta transformación. Un paciente contó una vez, cómo una bola de nieve le hirió un ojo. A continuación dijo que se había producido una inundación. Abultada manera de considerar el lagrimeo (A. STORCH). Otro paciente (J. C.) amenazó destruir el mundo como no se le entregase de inmediato un par de gafas que se le retenía. Pertenece a este sector el fantaseo en torno a grandes empresas: inventos, organización de congresos, nombramientos. El paciente los juzga factibles y verídicos. No son reductibles por la lógica. Un día se encontró al paciente D. M. frente a un montón de piedras que había recogido en el jardín. Partía las piedras pequeñas por medio de otras grandes. Dijo: "Estoy inventando una nueva clase de cemento". Otro paciente (A. M.) se imaginaba haber sido nombrado "Capitán escogido del mejor paquebote, Elizabeth, de tres chimeneas". Los diferentes dibujos de los esquizofrénicos dan cabal idea de esta sobreestima y engrandecimiento.

Como la razón ofrece una arquitectura rígida el paciente halla en las formas primitivas de pensar la elasticidad necesaria para ir y venir dentro de su mundo. Entonces hacen su aparición muchas prácticas mágicas. Su funcionamiento asegura el dominio sobre la naturaleza, la salud, etc. El paciente D. M. fue sorprendido con una sortija hecha de cáscara de plátano. Se le preguntó qué significaba, "enfermedad", dijo. Los indios del Chaco Argentino se ciñen el torax con una faja para impedir que huyan del cuerpo los espíritus de la salud (RAMON PARDAL). También es frecuente entre las mujeres de nuestro pueblo, la costumbre de amarrar en el dedo de sus niños, víctimas del sarampión, un hilo rojo.

El paciente tiene así en su derredor un mundo que forma con él apretado consorcio. La fisonomía de este mundo es móvil. Cambia como cambia el humor tornadizo de su dueño. El paciente ve esto con temor y para fijarla y dominarla se afana de manera diferente. A veces establece rígidos órdenes y modelos de conducta que no debe quebrar. Todo cambio, por insignificante que sea, puede producir hondos trastornos. El paciente A. M. que estaba sentado, se levantó distraídamente para pasear. De pronto se detuvo, se pasó la mano por la frente y dijo: "Me había olvidado que debo principiar a caminar rompiendo la marcha con el pie izquierdo. Debo hacerlo, estoy seguro que si dejo esta costumbre moriré."

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ESTILO DE LOS DIBUJOS

El estilo de los dibujos que realizan los pacientes, tiene rasgos propios. Se puede señalar, al respecto, varias notas. Llama la atención desde luego cómo líneas elementales encierran un contenido denso. A veces porciones de línea traen mensajes. (Dibujo de J. R., No. 1). Valores dados por el paciente a su dibujo: 1) Unión de la poesía del clima. 2) Circunferencia o hemisferio en el punto sable. 3) Gravedad en el clima. 4) Gravedad es todo género, grueso o largo;

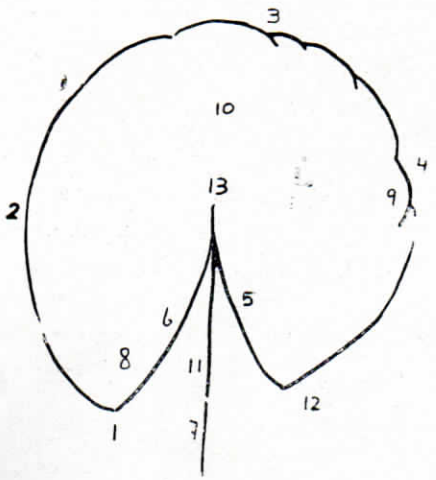


Fig. 1.

más Grecia o Roma. 5) Filantropía en el clima salón. 6) Mesa. 7) Lujo personal. 8) Hoja que nace del frío y del ácido, la del miembro del cuerpo, digestión, cilindro, lo mismo que punta o punto. 10) Todo aquello, lectura y papel de lo que nace la gravedad misma de la limpieza. 11) Gras en el polígono. 12) Tocador, senador, Chiclayo, Duque. 13) Representación de dibujo. A veces del mismo hombre.

Otro carácter de estos dibujos es que en ellos no hay nada de inútil; todo tiene una razón de ser y justo valor. (Dibujo de D. M. N° 2) Frente a su dibujo el paciente ha dicho lo que sigue: "Esto es lo que en buen castellano dije cuando entré aquí. Que el padre de mi padre había perpetrado un crimen a efecto de amor íntimo y excesivo que tenía una joven en el lugar llamado Q., anexo al pueblo, hoy día de O. antes distrito. **Las lágrimas** que después de haber perpetrado el crimen y se fué detrás de los cerros, donde se encontró con los deudos de la víctima ante quienes se arrodilló y arre-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Fig. 2

pintió. Habiéndose ido después a las montañas, de donde tengo yo informes que ha regresado. Por la fisonomía y datos que tengo le he visto en Arequipa de domador de fieras que sin duda sacó de la montaña y además de exhibir las fieras contaba el crimen que había cometido y la moral que había sacado de los irracionales y los crímenes que había tomado él en cuenta desde sus primeros momentos de conocimiento hasta su actual momento. En este momento me hizo a mí una seña que quería decir que él era. Sacó un revólver que me hizo recordar lo que hizo mi padre. Era de noche y se venía de donde una señorita donde iba, fuera de mi mamá había encontrado una mujer abierta por mitad. El se asustó y regresó con un bastón y un revólver. No encontró nada y regresó y me dijo que levantara la luz. Nada pasó. Otras veces puse en un colchón junto a la pared, y del suelo abajo, de la profundidad, empujaban. Entonces se levantó asustado y fue donde dormíamos o sea a la acera opuesta, en otra casita pequeña, y recogió de su baúl o caja un revólver marca estrella. **Marca tres estrellas** era la mejor marca de ese tiempo, antes del año 1910, con el cual revólver disparó un tiro, una bala en la pared a una altura de vara y media del colchón donde él dormía. La cual bala la descubrí yo poco después escarbando y saqué un pedazo que se parecía mucho a un ojo que hacen los escultores, un ojo de yeso".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

De lo dicho se ve cómo el dibujo trae dos situaciones distintas enlazadas por el recuerdo del revólver que sacó el domador. Se desprende de aquí el valor que estos dibujos tienen como tema de suscitación o a modo de pistas secretas que conducen al mejor conocimiento del paciente.

Otro aspecto de esta producción es la obscuridad que a veces la envuelve. El observador se pregunta qué es lo que quieren significar estos extraños dibujos. (Dibujo de F. R., No. 3). El autor se demoraba en estos dibujos alrededor de media hora, trazando sin prisa los finos rasgos que parten desde un punto superior y céntrico en donde luce "un ojo" para derramarse hacia abajo en suaves curvas.

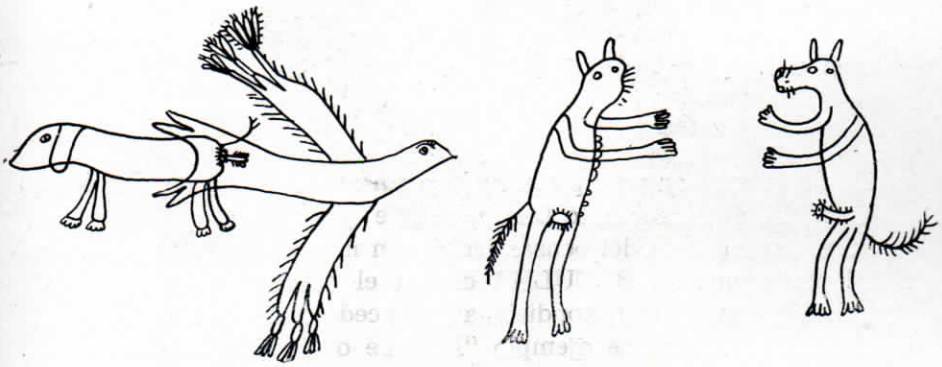
Fig. 3.

Se diría que en lugar de líneas el dibujante lo ha realizado con cabellos cuidadosamente peinados. Este paciente se depilaba prolijamente las piernas, el pubis, las márgenes del ano y en la cabeza una porción triangular de base frontal. Al depilarse arrancaba un pelo, lo tenía en la mano contemplándolo largo rato, ora tristemente, ora risueño, musitaba, accionaba encolerizado; tiraba al fin el pelo al suelo y tornaba a sacarse otro. Fué preguntado al respecto en varias oportunidades y dijo: "limpieza, para que el trabajo del mundo siempre suba", "si no me limpio desaparece el tiempo y el clima", "cuidar el clima es cuidar la civilización", "yo cuido la civilización más que ningún habitante del mundo". También acostumbraba manipu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lar con los párpados inferiores de los ojos derecho e izquierdo, unas veces introduciendo el reborde palpebral, otras evertiéndolo. En derredor de este tema (ojo) dijo: "El ácido es el punto fijo del ojo", "poder es la ciencia del ácido". En un dibujo muy parecido al que nos sirve de ejemplo, también con un ojo en la parte superior, explicó: "Para ver cualquier edificio del mundo". Resulta así el "ojo" asiento de una fuerza mágica omnipotente. Ideas de omnipotencia que las subraya el paciente al decir: "el mundo da vuelta por mí", "soy príncipe de todo el mundo".

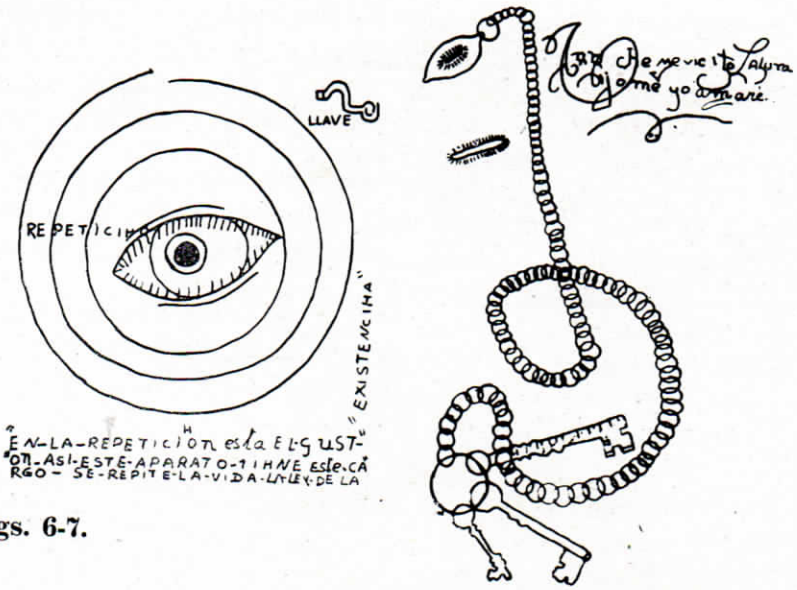
Una quiebra de la represión, que se produce en la esquizofrenia, hace que impulsos secretos y poderosos se hagan presentes. Entonces corrientes obscuras afloran libres sobre las páginas de dibujo. (Dibujo de M. N., Nos. 4 y 5). Mas esta liberación no es total; fuerzas



Figs. 4.5.

contrarias luchan por reprimir esta eclosión. Para salvarse los contenidos insurgentes se visten con expresiones formales admitidas. Así aparecen los símbolos. Un símbolo es una figura o imagen empleada en vez de otra. La primera guarda por lo general cierto parecido con la otra que esquiva y esconde; mas a veces esta semejanza es tan remota que es difícil dar con ella. (Dibujos de D. M., Nos. 6 y 7). El dibujo No. 6 muestra hacia la parte superior y casi al margen una pequeña llave; al centro tres círculos concéntricos, aprisionando un ojo rodeado de pestañas. La llave se debe tomar como un símbolo fálico. La llave se introduce en la cerradura y abre las puertas de los huertos sellados. Las leyendas dicen: "en la repetición está el gusto, en este aparato se repite la vida, la ley de de la existencia". El dibujo No. 7 representa un manojo de llaves. Una de ellas es más grande y tratada con cuidado, luego una cadena

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera



Figs. 6-7.

al fin de la cual en una plaquita luce un sexo femenino. La leyenda dice: "Anoche me visitó Laura, díjome: yo amaré". .

La disgregación del pensamiento, tan notoria en estos pacientes, a tal punto que E. BLEULER creara el nombre "esquizofrenia" (mentalidad escindida), condiciona y concede a su producción un sello particular. Sirva de ejemplo "Flor de otoño", fragmento de un poema de J. C.: "Hacia el nimbo cavernoso de la nada—las cigüeñas voluptuosas con sus picos de rocío—Y los ánades salvajes vascongada — La esperanza precursora de babieca y de rocío — Poco a poco van entrando, poco a poco coagulada—Nenúfares y armas de inocencia — O las almas destempladas al calor de la indecencia — Como rosas tuberosas de astrakán".

Los dibujos relievan también esta discordancia (Dibujo de L. A. L., No. 8). El dibujo representa una casa. El autor dice: "Es la casa que hubiese querido hacer". Se nota bien claro cómo no hay conexión entre las distintas cámaras que aparecen como recintos cerrados. Sólo el contorno total las reune. Este dibujo proporciona de nuevo la oportunidad de señalar la riqueza de significados de cada trazo. La línea viene transida de intenciones. Valores que el autor da a su dibujo: 1). salita de recibo con mesita y sillas, cuarto de baño. 2) Salón principal con el fonógrafo, sillas, sofá y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

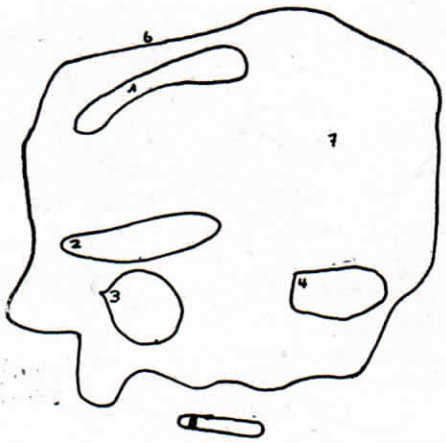


Fig. 8.

dos mesas. 3) Cuarto de baño con reservado. Tinita pequeña de usos particulares, (para lavarse las pantorrillas). 4) Cuarto de empleados. 5) Habitación separada de la casita. Teatro. 6) Contorno de la casa. 7) Patio. Me olvidé de poner la cocina que era cómoda, bonita y grande.

El doctor HONORIO DELGADO que ha estudiado el dibujo No. 9 de D. M., hace notar la dislocación de los segmentos de la arquitectura comparable al proceso de desplazamiento observado en los sueños.

Va por último un dibujo de M. N., No. 10 que nos presenta un plano de la ciudad de Lima. Las leyendas del propio autor revelan muy bien el desorden. Este dibujo trae también el interés de señalar una suerte de itinerario afectivo del paciente. A los sitios amables, les ha concedido tamaño desproporcionado o preferencia de lugar.

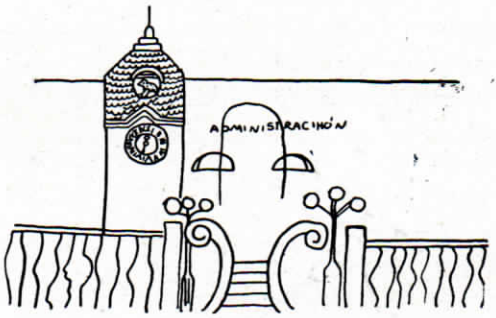


Fig. 9.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

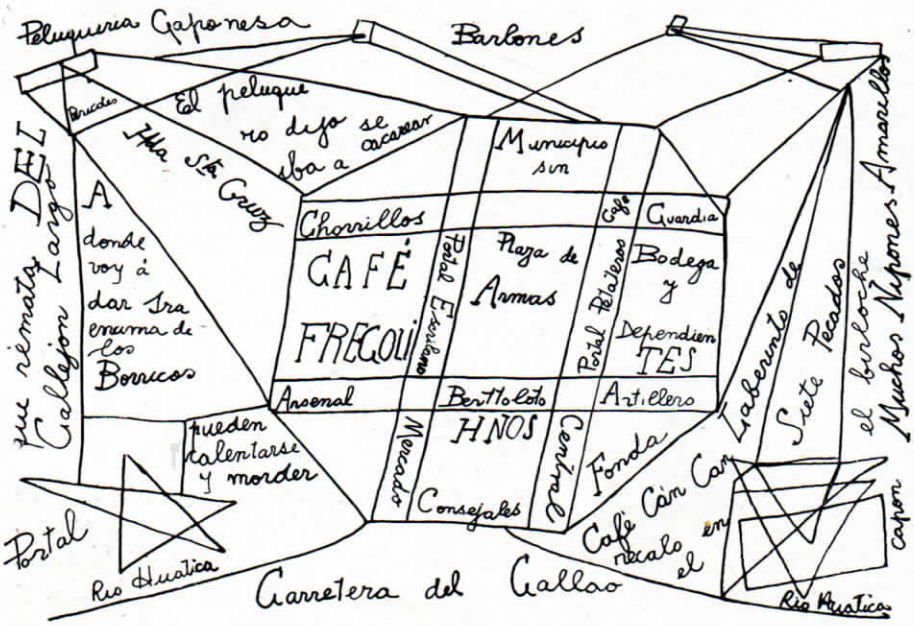


Fig. 10

Si hojeamos las colecciones de dibujos de los enfermos, comprobaremos la repetición monótona y fastidiosa de muchos ejemplares de composiciones que nos habían seducido a primera vista. (Estereotipía de A. M. No. 11 que abarca desde el II mes hasta el IX mes de 1922). Los pacientes a través de largos espacios de tiempos repiten incansable y tenazmente el mismo tema. Lo que pasa en la esfera del dibujo se encuentra también en la caligrafía, en donde parcelas de página se llenan afanosamente con el mismo valor, que se repite hasta el cansancio. (Caligrafía de V. M., No. 12). La repetición regular de la misma nota logra a veces una suerte de efecto rítmico (Caligrafía de V. M., No. 13). Algunas de estas estereotipías, precisamente por ese placer fácil que produce el ritmo, son

Fig. 11.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

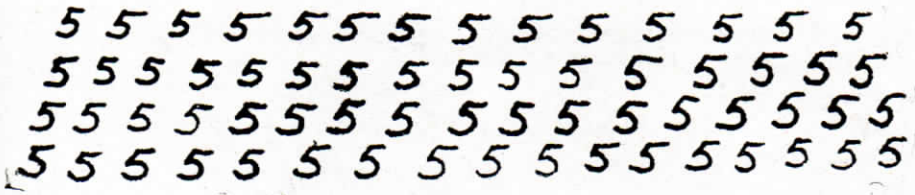


Fig. 12.

Fig. 13.

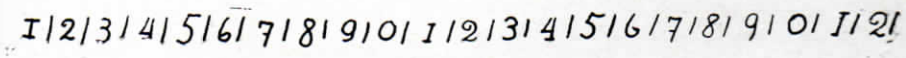


Fig. 14.

Fig. 15.

utilizadas por los pacientes para ornamentar su producción literaria a modo de orlas, encabezamientos, separación de capítulos, etc., (orlas de D. M., Nos. 14 y 15).

La pobreza de estilo hace que la línea se conduzca sin la soltura necesaria, falta de naturalidad y que la monotonía invada la producción. (Dibujo de V. Z., No. 16). Gran parte de los dibujos de este paciente fueron así, erizados de angulosidades, presentando los personajes actitudes incómodas; se complació sobremanera en estas formas que coincidieron con los últimos días de su vida. Este amaneramiento lo encontramos también en la escritura, en donde rasgos pretensiosos, apóstrofes innecesarios, sig-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Fig. 16.

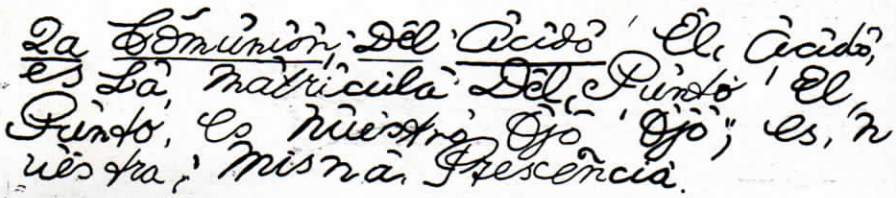


Fig. 17.

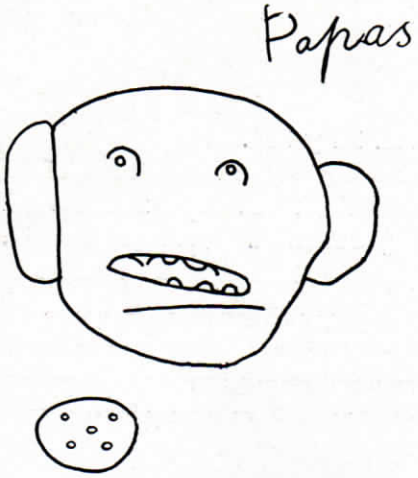


Fig. 18.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nos de puntuación, etc., ahogan el discurso con su follaje inútil (Caligrafía de J. R.. No. 17).

Parte de la producción de estos enfermos se nos ofrece presentando rasgos muy elementales, que recuerda los trazos que hacen los niños y los pueblos primitivos. Este primitivismo no es exclusivo de los esquizofrénicos. Adultos normales, cultos, pero sin noción alguna de dibujo, construyen a veces figuras con esta misma simplicidad de procedimientos ("papas" dibujo de J. O., No. 18). En este dibujo J. O. ha concedido expresión a una de sus figuras, la ha animado. Esta actitud no es privativa de estos pacientes; los niños a menudo encuentran fisonomía a las cosas. HEINZ WERNER trae al respecto numerosos ejemplos. Cita cómo un niño de 26 meses al ver una taza volcada dijo "taza cansada". Otro niño de cuatro años llamaba "orgulloso" a un trípode de fotógrafo cuando éste estaba erguido y "triste" cuando sus varillas estaban acondicionadas una dentro de la otra.

Entre las observaciones interesantes que se puede hacer sobre esta clase de dibujos sobresale, sin duda, la manera tan particular cómo los pacientes tratan las perspectivas. Aquí casi nada es imposible; si el autor gusta, "lo anterior' y "lo posterior" se pueden ver al mismo tiempo. (Dibujo de C. C., No. 19).

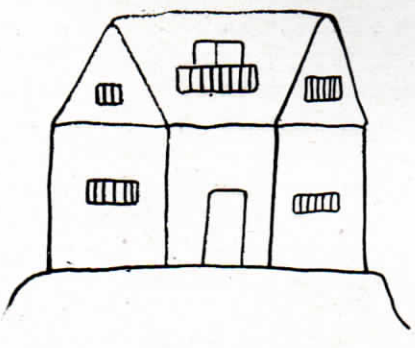


Fig. 19.

E. GROSSE describe una pintura mural de los bosquimanes, pueblo primitivo que habita en los desiertos del sur de Africa. La escena en cuestión representa una lucha entre bosquimanes y cafres. El tamaño de estos últimos ha sido aumentado deliberadamente por el dibujante queriendo así señalar el valor desplegado por sus compañeros contra un enemigo tan desigual. D. M. presenta un caso pa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

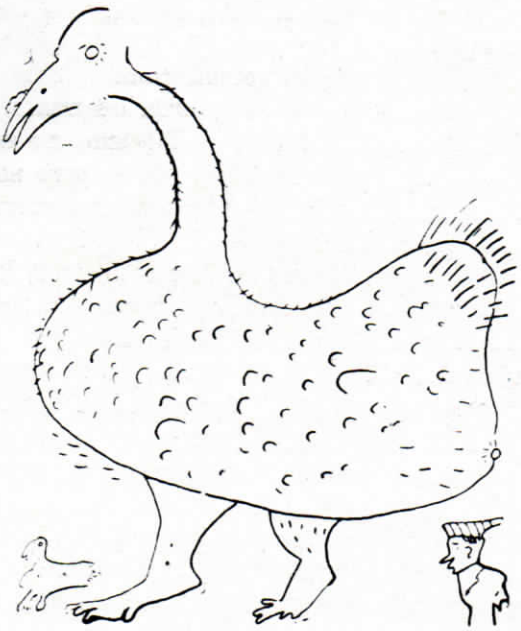
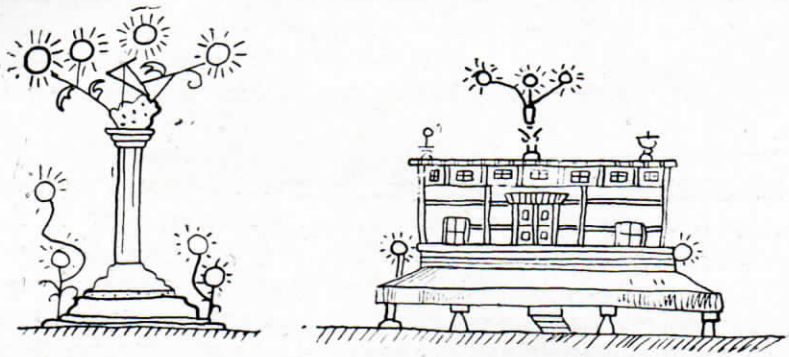


Fig. 20.

recido de "perspectiva afectiva". El dibujo se llama "pato, pata y su guardián". (Dibujo de D. M., No. 20).

La extravagancia y la bizarría se hacen presentes a menudo en medio de estos dibujos. Proyectos de arquitectura, inventos extraordinarios, etc., lucen donosamente. (Dibujos de A. M., Nos. 21-22).

Recapitulando las notas principales de este estilo tenemos: líneas elementales y riqueza de contenido, sentido cabalístico y sutil de los



Figs. 21.22.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dibujos, disgregación, simbolismo, estereotipía, amaneramiento, primitivismo y extravagancia. Así, este estilo "parece expresar un obscuro apremio de actitud adecuada que falla por la carencia de base efectiva y actual del ser vencido por la experiencia desarticulada y discordante del enfermo" (HONORIO DELGADO).

La importancia de estos dibujos se comprende fácilmente. Sirven como medios de expresión y de relación. Generalmente no son trazos ociosos; dicen algo que es necesario no desoir. Cierto es que en algunos, el lápiz vagabundea sobre el papel sin tener, al parecer, nada que expresar. Estos trazos han sido comparados a los que las personas normales realizan mientras hablan por teléfono o a aquellos otros que se hacen de sobremesa con bolitas de miga de pan, etc. En todos estos casos siempre hay un obscuro impulso que ordena estas geometrías y cuyo descifrado no es del todo imposible.

Hay otros dibujos que dicen su frase con claridad. El paciente V. Z. era muy dado a fumar, pasaba malos ratos cuando no tenía cigarros. En su colección de dibujos hay muchas láminas en homenaje a cigarros y fósforos. Se ve pues cómo estas láminas son expresión de anhelos. Quizá si fuesen comparables a los dibujos que realizaban los hombres primitivos sobre las paredes de sus refugios, pues antes de salir de caza pintaban aquellas piezas que anhelaban obtener. (H. OBERMAIER).

Los dibujos se refieren a veces a la experiencia vivida. La colección del paciente D. M. es un archivo muy rico. Allí está registrada con mucho detalle y naturalidad la flora y fauna que rodeó los primeros años de su vida. Desde los grandes animales como el puma, hasta los gorgojos y las libélulas. Igual cosa sucede con las plantas. Así es posible una reconstrucción de los abandonos y vagabundeos de este paciente por la campiña de su pueblecito. Estos primeros contactos con el mundo debieron ser tan hondos que no los olvidó más. Ya enfermo, su piel de campesino y agricultor relucía a ratos en medio de prácticas mágicas. Se encintaba los zapatos (sobre los que dibujó genitales femeninos) con yerbas. Hizo un rollo de hojas y lo colocó bajo el saco diciendo: Es costilla (relación de la costilla con Eva, madre de la humanidad). Se ataba la cintura con cortezas de árbol, etc., etc.

Sirven también los dibujos como medio de relación. A veces los pacientes se encierran en gran mutismo, ya porque piensan que sus palabras puedan desencadenar males y por ende se abstienen de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

hablar, ya porque se les va el aliento y con él fuerza, ya porque recluídos en su mundo pierden en cierta forma contactos con la realidad. Entonces los dibujos nos conectan y podemos aun por una ranura saber algo de lo que pasa en ellos.

A través de esta inconografía desfilan también muchas de las principales notas de la esquizofrenia. Nadie pretende, felizmente, llegar a un diagnóstico en posesión sólo de estos datos. En cambio su conocimiento esclarece, colabora y confirma muchas sospechas.

Merece señarlarse, el gusto con que el paciente trabaja con los símbolos. Ellos disimulan en su inmensa mayoría contenidos de índole sexual. Los pueblos primitivos que también tienen un rico acervo de símbolos, los usan en circunstancias parecidas. De la mitología de los machiguengas, primitivos de las selvas del Perú tomamos el siguiente fragmento. "Dijo un día Kashiri (la luna se considera como varón) a su mujer: vamos al río a bañarnos; pero no digas nada, ni te espantes cuando te toque algún pescadito. Al regreso del baño la joven se sintió encinta. No mucho después de dar a luz fueron de nuevo a bañarse y él le previno como la otra vez. Así sucesivamente" (Fr. SECUNDINO GARCIA O. P.) El paciente V. Z. tiene también varios dibujos en los que figuras de peces sirven para personificar los sexos. Así como la escuela psicoanalista trabaja con las imágenes oníricas, estos símbolos, perennizados en el papel, se ofrecen también como material de interpretación.

Mas allí donde el dibujo cobra vida y rinde su máximo es como instrumento de suscitación. Una vez que el paciente ha terminado de trabajar se le pide que diga todo aquello que significa su dibujo, lo cual se repite un tiempo más tarde, tomando nota de aquello que dice. Este procedimiento es a modo de un derrotero que conduce a un mejor entendimiento del paciente. Su conocimiento lo debemos al Dr. HONORIO DELGADO, quien se expresa: "Gracias a este expediente hemos obtenido preciosas informaciones anamnésicas en sujetos cuyo pasado habíamos explorado largamente siguiendo las modalidades clásicas sin obtener mas que triviales datos".

BIBLIOGRAFIA

HANS BÜRGER-PRINZ : "Ueber die künstlerischen Arbeiten Schizophrener", BUMKE : **Handbuch der Geisterkrankheiten,** Berlín, 1932.— HONORIO DELGADO : **El dibujo de los psicópatas,** Lima, 1922.— DELGADO : "Psicopatología y delimitación clínica de la es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

quizofrenia", **Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal,** 1937, Nº. 19.— GONZALO LAFORA : "Estudio psicológico del Cubismo y Expresionismo", **Archivos de Neurobiología,** 1922, Nº. 2.— G. H. LUQUET : **Le dessin enfantin,** Paris, 1927. **L'Art Primitiv,** Paris, 1930.—HANS PRINZHORN: **Bildnerei der Geteskranken,** Berlin, 1922.—ALFRED STORCH: **The primitive archaic forms of inner experiences and thought in schizofrenia,** New York, 1924.— HEINZ WERNER : **Compendio de Psicología Evolutiva,** Barcelona, 1936.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale.— Un volumen en 4º de 152 páginas, con 11 grabados.—Segretaria della Lega, Firenze, 1938. Precio: Lire 30.

Comprende esta publicación los trabajos siguientes : "Un decenio de actividad del Servicio de Higiene Mental y de Asistencia y Medicina Social de la provincia de Génova", por G. Vidoni; "Consideraciones sobre la catamnesia de un grupo de niños del Instituto Médico-Pedagógico de Marocco di Mogliano Veneto", por G. Fattovich; "La función del servicio de higiene y profilaxia mental desde el punto de vista administrativo", por G. L. Imbriaco; "Metodología de la investigación genética en psiquiatría", por G. Pintus; relación de las actas de la sesión y de trabajos de higiene mental de diversos países. Ofrece especial interés el trabajo de Pintus, correspondiente a la 2ª Jornada Genealógica (Génova, mayo 1938), sobre la metodología de la investigación genética en psiquiatría; desgraciadamente su extensión y abundancia de material estudiado no permiten una reseña minuciosa en este breve análisis. Clasifica los métodos fundamentales de la investigación genética en tres grandes grupos : estadístico, genealógico y genético-estadístico. Gracias al primero de ellos son utilizados los procedimientos técnicos de la estadística para establecer la frecuencia de un carácter hereditario determinado, o bien las relaciones que el mismo puede tener con otros factores dentro de una misma población. El método genealógico comprende la recolección del material de estudio para elaboración de árboles genealógicos. El método estadístico-genealógico averigua la posibilidad de herencia de un carácter dado, su modo de transmisión y las fórmulas de la constitución genética de los cruzamientos. Los dos últimos métodos tienen una importancia muy especial para la psiquiatría. El autor concede un interés especial a la determinación del modo de transmitirse un carácter dado. El cálculo de las proporciones se puede verificar por algunos de los siguientes métodos: de la relación centesimal simple, el método de Weinberg para el cálculo de la morbilidad, el méto-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do de Dahlberg y Stenberg, el de Stroemgren, el apriorístico, el de Enriquez, el hermanal de Weinberg, el método de los probandos, etc. Algunos de estos procedimientos son bastante complejos por sus cálculos matemáticos. Para otros problemas genéticos existen otros métodos que tienen por objeto la determinación de los probandos en la serie de los nacimientos, los métodos de investigación de la fecundidad y de la longevidad, el método de los gemelos, etc. Se aconseja emplear, cada vez que fuera necesario, más de un método para la investigación de un determinado problema de genética, porque hasta el presente no se posee, en referencia a cada problema específicamente considerado, el método que en forma concreta y definida asegure la solución de los hechos que se averiguan, por lo cual no sólo conviene elegir los métodos más garantizados, sino cotejar los resultados de varios de ellos. El material de estudios debe comprender el más grande número de individuos o familias. Cuando la investigación se hace en una población restringida se debe reconstruír el árbol genealógico de cada enfermo, pero si se trata de un gran número se aconseja dividir el material en categorías familiares y considerar por separado aquellos en que padres sanos dan hijos enfermos de aquellos que siendo enfermos dan hijos sanos. El autor establece otras conclusiones generales que no es posible sintetizar en un simple análisis.

C. G. N.

L. CORMAN : **Quinze lecons de Morpho-Psychologie.**—Un volumen en 8º, de 214 páginas, con 80 grabados.—Imp. de Bretagne, Nantes, 1937. Precio: 35 francos.

Este libro es uno más en la serie de los que el autor ha dedicado a la morfología en su propósito de recoger las relaciones entre la materia y el espíritu, de estudiar integralmente la personalidad y sus relaciones con el medio. En sus anteriores ensayos: "Rostros y caracteres", "Retratos fisonómicos", "Estudios de orientación profesional", "La constitución física de los paralíticos generales", ha desarrollado el autor un concepto personal de los temperamentos. El volumen que analizamos es como lo indica su título una exposición condensada de una doctrina largamente meditada y llevada ahora a la madurez. La gran diversidad de tipos morfológicos se puede reducir según Corman a dos que son los más característicos: el retraído y el dilatado, que son detalladamente descritos; luego estudia la influencia del medio sobre la formación de los tipos humanos, y contempla

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

minuciosamente las variedades humanas más habituales derivadas de esos tipos, así como las mezclas y alianzas de tipos; con mucho cuidado expone la morfo-psicología infantil y sus derivaciones educacionales. Termina el libro con una serie de directivas para la investigación morfo-psicológica y para sus aplicaciones prácticas a la orientación profesional.

J. O. T.

A. GEMELLI y colaboradores : **Contributi del Laboratorio di Psicologia,** Serie Settima, Publicazioni della Universitá Cattolica del Sacro Cuore.— Un volumen en 8°, de 261 páginas, con 19 láminas (15 fuera del texto) y 144 figuras.— Societá Editrice "Vita e Pensiero", Milano, 1938. Precio : Lire 35.

La obra contiene el resultado de investigaciones realizadas en el Laboratorio de Psicología de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, de Milán, cuyo sumario es el siguiente : Fr. Agostino Gemelli O. F. M. : "Nuevas aplicaciones de los métodos de la electroacústica al estudio de la psicología del lenguaje"; Hubert Rohracher : "Los fenómenos eléctricos del cerebro concomitantes con los procesos psíquicos"; G. Cossetti : "La función del significado en la percepción de los objetos"; Gino Cornelli : "Investigación experimental acerca de la influencia de los sonidos y de los rumores sobre la actividad humana"; Giorgio Zunini : "Contribución al estudio del aprendizaje en los peces".

El padre Gemelli, director del Laboratorio, expone en su contribución, los fundamentos de la nueva disciplina (en parte científica, en parte filosófica) del lenguaje como expresión del pensamiento, como producción y no mero producto del espíritu. Revisa lo esencial del desarrollo, de la organización y de la desorganización de la función significativa, para legitimar el empleo de la electroacústica en el análisis de sus particularidades y en la búsqueda de sus leyes — labor que persigue el autor desde hace años y sobre cuyos resultados prepara una nueva obra. Este procedimiento técnico permite determinar los diversos caracteres de la voz en su expresión concreta, sus variaciones en relación con los individuos y con los estados psíquicos. El autor ilustra sus asertos con la reproducción de oscilogramas en nítidas láminas.— Otra de las nuevas aplicaciones de la técnica al estudio de la actividad psíquica es el estudio de los fenómenos eléctricos del cerebro, al cual dedica un nuevo trabajo uno de sus cultores, Rohracher. En esta contribución expone los principios, las adquisiciones logradas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y los problemas que suscitan las ondas alfa y beta respecto al funcionamiento del sistema nervioso y de la vida psíquica. Varias figuras ilustran la clara exposición, accesible, incluso a los no iniciados.— Por su parte, Cossetti confirma de manera original y con abundante material probatorio los principios de Gemelli, según los cuales el logro del significado es lo principal en la percepción y que ésta entraña, como carácter definido y finalista, la constitución del objeto en tanto que objeto.— Las experiencias de Cornelli ponen de manifiesto que, en los sujetos estudiados, los sonidos y rumores no perturban la actividad mental del sujeto, incluso la favorecen (sobre todo los musicales). Es de advertir que la duración de la prueba es sólo de 15 y 40 minutos.— Los trabajos de Zunini sobre el aprendizaje en el pez **Phoxinus laevis,** son llenos de interés por la precisión de los datos experimentales y el rigor crítico de las interpretaciones : una prueba más de la invalidez de la reflejología para explicar la conducta de los animales.

H. D.

ARMANDO JEDLICKY S. : **El Sistema Vegetativo.—** Un volumen en 8° mayor, de 210 páginas, con 28 figuras.—Santiago de Chile, 1937.

Es un estudio bastante completo del sistema nervioso vegetativo que trata en sendos capítulos de sus diversos aspectos. El de la anatomía tiene un sentido esencialmente dinámico: lo allí descrito está en tanto es útil para una comprensión fisiológica y clínica. Profusión de citas ilustran la obra que sirven muchas veces para esclarecer puntos y otras para sugerir problemas dando de este modo a conocer opiniones de investigadores en la materia. De sus 20 observaciones clínicas se desprende lo que propiamente viene a ser la tesis—ya que la obra rebasa ésta— : que en la realidad concreta no se puede hablar de vagotonías o simpaticotonías puras, sino de distonías en que se imbrican predominio de uno u otro sistema, según los aparatos en un mismo sujeto, por todo lo cual no basta un somero examen y una o dos pruebas farmacológicas, sino una investigación exhaustiva agotando los medios de diagnóstico si es posible antes de formarse criterio del grado de distonía. Todo concebido con ordenación y expresado en lenguaje claro. Bibliografía de 215 trabajos.

Fernando Figari Diez Canseco.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

O. LANGE: **O liquido cefaloraquidiano em clinica.**—Un volumen en 8°, de 200 páginas, con 25 grabados.—Comp. Melhoramentos, Sao Paulo, 1937. Precio: 20 Milreis.

El objetivo que el autor se proponía y que va expuesto en el título del libro ha sido magníficamente llevado a cabo. Se encontrará en los diferentes capítulos del libro una descripción total del líquido céfalo-raquídeo en clínica, que conviene igualmente al estudiante que busca una exposición completa de la cuestión, al médico general que desea un dato concreto o al especialista que desea recordar o precisar un hecho. Sucesivamente se exponen con la mayor brevedad las nociones más indispensables de anatomía y fisiología, las características físicas, químicas, biológicas del líquido céfalo-raquídeo. En seguida se considera, de manera completa, las variaciones de esos caracteres en el curso de las diferentes afecciones de las meninges, del epéndimo y plexos coroideos, del parénquima nervioso mismo y de su eje de sostén conjuntivo-vascular.

J. O. T.

MONRAD-KROHN : **Clinical examination of the nervous system,** 7a. edición. Un volumen en 8°, de 317 páginas, con 111 grabados.—H. K. Lewis & Co. Ldt., London, 1938. Precio: 8 s. 6d.

Esta nueva edición del manual bien conocido de Monrad-Krohn es una prueba más de su acogida entre los estudiantes, médicos generales y especialistas, pues, constituye uno de los mejores guías en la difícil tarea del examen neurológico. Contiene además de los clásicos capítulos dedicados en detalle a : anamnesis; estado actual : estado mental, nervios craneales, sistema motor, sistemas sensoriales, reflejos, estado trófico y vaso-motor, y estación de pié, marcha; simulación, examen eléctrico; líquido céfalo-raquídeo; tests vestibulares; tests farmacológicos del sistema neuro-vegetativo, que figuraban en las ediciones anteriores, el presente volumen trae adiciones y cambios que el desarrollo de la clínica neurológica requiere, ha sido además, incrementado con ilustraciones que facilitan el diagnóstico en las ventriculografías y encéfalografías. Una breve descripción sobre angiografía con láminas, una guía para el examen rutinario del paciente consciente e inconsciente y algunos procedimientos y tests suplementarios, completan este valioso libro.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ANTONIO MORALES SAN MARTIN : **Tratamiento de la esquizofrenia por el choc hipoglicémico.—** Un volumen en 4°, de 48 páginas, con 50 grabados.—Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Santiago de Chile, 1938.

El autor de esta tesis para optar el título de Médico Cirujano de la Universidad de Chile, da cuenta de los primeros resultados obtenidos con el método de Sakel en el Manicomio Nacional de Santiago. Tras la descripción de la técnica empleada y de las manifestaciones hipoglicémicas observadas, expone los accidentes y las complicaciones más frecuentes en el curso de la hipoglicemia. En seguida hace el estudio detallado de los casos tratados y, como conclusión de la labor realizada, distribuye el resultado terapéutico en la siguiente forma : en los 25 casos agudos (hasta 6 meses de evolución de la psicosis) las remisiones alcanzan el 64% ; en los 25 casos restantes, de evolución más prolongada, las remisiones llegan al 40%. La mortalidad es de 4%.

León Mejía.

K. SCHAFFER y D. MISKOLCZY: **Anatomische Wesensbestimmung der hereditar organischen Nerven-geisteskrankheiten.** Suplemento LXXV de Acta Médica Scandinávica.—Un volumen en 8°, de 171 páginas, con 27 figuras. Estokolmo, 1936.

Este volumen representa la XVIa. serie de los bien conocidos "Hirnpathologische Beitrage" del profesor Schaffer y contiene dos memorias importantes, ricamente ilustradas y acompañadas de una bibliografía completa.

En las primeras 56 páginas Karl Schaffer expone su doctrina general de la patología neurológica hereditaria que, como se sabe, está basada en un concepto personal del substrato histológico de las enfermedades nerviosas, las que se pueden dividir en dos grandes grupos: las de reacción endógena o de tipo fundamental neurógeno, las de reacción exógena o de tipo fundamental neurotropo. Entre las de tipo fundamental neurógeno el autor hace un estudio particular de la idiocía amaurótica hereditaria, de la paraplejia espasmódica familiar Entre las afecciones de tipo fundamental neurotropo estudia : las que tienen un tropismo de sistema como la poliomielitis anterior, las de tropismo químico como la esclerosis multilocular, las de tropismo de órgano como la rabia y la encefalitis herpética. Después de una ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

posición de las direcciones en que se deben hacer las investigaciones bioquímicas y sobre todo coloidales, termina el autor estableciendo la diferencia esencial entre la definición patogénica y el substrato anatómico de la heredo-degeneración.

La segunda parte, unas 114 páginas, es empleada por el profesor Miskolczy para la aplicación de las doctrinas schafferianas a algunas afecciones especialmente seleccionadas porque se presentan en diferentes edades : una, la esquizofrenia, afección de la primera mitad de la existencia, otras, de la segunda mitad: tales, la enfermedad de Pick, la demencia de Alzheimer, la demencia senil. Es difícil dar una idea de esta segunda parte, en que se hace una exposición magistral de la histopatología de las enfermedades señaladas, porque debe ser leída en su totalidad.

J. O. T.

F. VIDAL y B. COURTIS : **Corteza Visual (Estudio filogenético).**—Un volumen en 8º, de 305 páginas, con 301 grabados.—A. López, Buenos Aires, 1938.

Los autores se proponen un vasto plan de estudio integral: anatómico, fisiológico y patológico de la corteza visual. En este libro nos ofrecen solamente una parte del estudio anatómico de tal sujeto: la descripción morfológica de la corteza visual humana y un amplio y exhaustivo estudio filogenético, que se ha podido llevar a cabo, gracias al apoyo de la Cátedra de Psiquiatría y del Director del Jardín Zoológico de Buenos Aires. No se puede resumir la descripción de la corteza visual de primates, proboscidios, equideos, carnívoros, roedores, artrodáctilos, marsupiales, quirópteros, aves, reptiles, batracios, peces e invertebrados, que se encuentra ricamente ilustrada con 301 macrofotografías. De sus investigaciones nos dan los autores las siguientes conclusiones: 1) mayor desarrollo del lóbulo visual en el hombre; límites imprecisos por la presencia de pliegues de paso de importantísimo papel funcional; 2) desigualdad de desarrollo de ambos lóbulos visuales en el hombre; 3) evidente paralelismo entre el desarrollo del lóbulo visual y la función gnósica; 4) acentuada reducción de los lóbulos occipital, temporal y parietal en primates inferiores; 5) progresión de la corteza visual telencefálica desde los quirópteros al hombre; 6) crecimiento del lóbulo óptico mesencefálico desde los peces, hasta las aves, en las cuales adquiere su máximo desarrollo, y disminución en los mamíferos; 7) función visual perceptiva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

representada por un ganglio en los invertebrados; 8) necesidad en toda autopsia cerebral humana de la descripción morfológica del lóbulo visual, para la exacta interpretación clínica de las perturbaciones neuro-oftalmológicas; 9) necesidad del conocimiento de la anatomía del lóbulo occipital en el hombre y vertebrados para la realización de trabajos experimentales o interpretación de lesiones anátomo-patológicas; 10) posibilidad de hacer una clasificación zoológica sobre la base de la morfología cerebral.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1938, t. I. N° 1.

JEAN LHERMITTE : **"Désordre de la fonction hypnique et hallucinations"** (Desórdenes de la función hípnica y alucinaciones).— Exposición de estados alucinatorios relacionados con lesiones pedunculares, "alucinosis peduncular", y de síndromes catapléxicos con alucinaciones. En este último caso se distinguen, como alteraciones fundamentales, la pérdida súbita del tono estático y de los movimientos voluntarios, las alucinaciones y la ansiedad. El autor refiere la casuística general de estas alteraciones y expone con cierto detalle sus observaciones propias. Considera las fantasías sensoriales, la inhibición tónica y el ataque de sueño paroxístico, como resultado de una perturbación de la función hípnica. La semejanza entre los procesos de alucinosis peduncular y la cataplexia o enfermedad de Gelineau es muy importante para comprender el mecanismo íntimo del proceso alucinatorio-catapléxico.

HONORIO DELGADO : **"Traitement de la schizophrenie par le pentaméthyléntétrazol"** (Tratamiento de la esquizofrenia por el pentametilenotetrazol).— Ofrece en este trabajo el autor el resultado de sus primeras observaciones del tratamiento de la esquizofrenia por el Cardiazol. En primer lugar se describe la técnica del nuevo procedimiento; la fenomenología de las crisis convulsivas y los resultados hasta entonces obtenidos por los pocos psiquiatras que han empleado —hasta el momento de esta publicación— el método de von Meduna. Luego se desarrollan las propias observaciones : seis esquizofrénicos tratados, con excelente rendimiento, por convulsiones cardiazólicas. Sigue una interesante exposición de las manifestaciones del shock en los enfermos estudiados, que abunda en observaciones originales, como las reacciones pupilares que siguen al ataque, los estados crepusculares, las alucinaciones que suelen presentarse en el mismo período, la turgencia de los senos durante el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

curso del ataque, etc. Los resultados terapéuticos fueron excelentes: remisión completa en todos los casos recientes y alivio de los crónicos. El autor considera que el método no es peligroso y señala su contraindicación en los pacientes cardiacos y febriles.

C. G. N.

ANNALES D'OCULISTIQUE, 1938, Nº 9.

T. A. VOS : **"La cataracte de la dystrophie myotonique"** (La catarata de la distrofia miotónica).— Estudio basado en 39 casos cuidadosamente analizados desde el punto de vista oftalmológico y hereditario. En muchos de ellos la miotonía es congénita, en otros aparece en períodos más tardíos a través de varias generaciones. La afección sería causada por un factor hereditario mendeliano dominante. La catarata es constante y afecta el tipo Vogt; en algunos sujetos sanos pertenecientes a familias afectas se observa la catarata que puede ser considerada entonces como una manifestación frustrada o equivalente de la distrofia miotónica.

ANNALES D'OCULISTIQUE, 1938, Nº 10.

J. S. CHARAMIS : **Syndrome des sclérotiques bleues"** (Sindrome de las escleróticas azules).— El autor refiere la observación de una familia afecta de esta curiosa enfermedad a través de cuatro generaciones. La afección es descrita en 1829 por Lobstein, bajo el nombre de osteopsatirosis, como una predisposición constitucional de ciertos individuos a presentar fracturas espontáneas. Spurwer añade en tales sujetos la presencia de escleróticas azules. Más tarde Van der Hoeve señala el tercer síntoma capital, la sordera. En fin, Cornil más recientemente indica la coloración azul del tímpano. La afección es indistintamente denominada osteopsatirosis, enfermedad de Lobstein, sindrome de Spurwer-Van der Hoeve.

E. HARTMANN y LOUIS GUILLAUMAT : **"Aspect du fond d'oeil dans les tumeurs intracranianes. Etude Statistique** (Aspecto del fondo de ojo en los tumores intracranianos. Estudio estadístico).— Las alteraciones oftalmoscópicas en el curso de los tumores intra-craneanos plantean una serie de problemas diversos. En esta primera memoria los autores dan un estudio estadítico de 1,169 casos verificados operatoriamente o en la necrópsia. Entre las numerosas conclusiones que se puede sacar de una observación prolongada y rigurosamente hecha merecen destacarse las siguientes : 1º Los glio-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mas (424 casos) dan un porcentaje más grande de éxtasis papilar (76%) que los meningiomas (177 casos) que la presentan solamente un 40%. 2º Los tumores de la fosa posterior presentan un porcentaje elevado de estasis papilar (71% 3). 3º Los tumores anteriores, ofrecen igualmente un porcentaje importante de estasis (meningiomas frontales 33%, otros tumores frontales 58%. 4º La frecuencia de estasis papilar en el curso de las encefalitis es bastante elevada, pues, se la observa en 50% de los casos.

J. O. T.

ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE, 1938, Nº 104.

ED. CLAPAREDE : **"A propos d'un cas de perception syncrétique"** (A propósito de un caso de percepción sincrética).— En 1907 C. ya había llamado la atención acerca de la particularidad de la percepción del niño, propenso a considerar las cosas en su fisonomía global, sin el análisis de sus partes y sin conciencia clara de las relaciones mutuas de estas partes. Esta visión confusa y de conjunto la bautizó entonces con un término debido a Renán : el "sincretismo". C. muestra cómo Renán es un precursor de la psicología evolutiva al considerar el sincretismo como forma primitiva del conocimiento humano. Al efecto, reproduce un fragmento lleno de interés. En seguida recapitula la serie de concepciones que reconocen la fase de indiferenciación, de la cual la percepción sincrética no es sino un caso particular : la anterioridad de las reacciones de conjunto respecto de los reflejos determinados (Sherrington, Preyer, Coghill); las reacciones "masivas" del niño pequeño (Binet, Bersot, etc.) así como sus "frases de una sola palabra" (W. Stern). Las ideas sobre la percepción sincrética no encontraron en un principio sino escaso eco : uno de los primeros en darles valor fué Decroly, que veía justificado su "método global" de lectura. Después han llegado a constituir noción aceptada en general. Con todo, no falta quien ponga en duda su justeza. Con objeto, en parte polémico, C. vuelve a tratar el tema, con numerosos ejemplos que ilustran las variantes del fenómeno, a propósito de una experiencia infantil del autor : veía con terror el cuadro de un antepasado, como si fuese un lobo o un ogro terrible, tomando las puntas del amplio cuello como grandes orejas. Distingue las siguientes variedades : 1º los detalles son absorvidos por el todo — casos típicos : la percepción de la fisonomía humana, incluso en el adulto, la emoción, la lectura; 2º visión confusa en que los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

elementos no juegan un papel específico — la lectura en el niño, llena de equívocos; 3º el detalle es transformado por el todo — observación de Volkelt : la araña que no percibe la mosca, sino cuando está presa en su tela, ciertas caricaturas, etc.; 4º la parte transforma el todo, "revolución del conjunto por la modificación de un detalle" (H. Werner) — cambia una facción y toda la cara parece diferente a lo que fué; 5º predominio de la falta de visión de las relaciones mutuas de las partes, "todo está amontonado sin distinción" (Renán) — p. e., dibujo infantil en que las dimensiones se representa por yuxtaposición en lugar de perspectiva. Una nota importante del sincretismo, subrayada por Piaget, es su carácter subjetivo, egocéntrico. Si estuviese a la moda la ley de la recapitulación biogenética — concluye irónicamente C. — "diríamos que en cada acto de la inteligencia frente a un problema, el pensamiento, partiendo de su estado ancestral de nebulosa primitiva, recorre los diversos estadios que lo conducen poco a poco de la obscuridad confusa del sincretismo a la claridad de la razón discursiva".

H. D.

ARCHIVOS DE CRIMINOLOGIA, NEUROPSIQUIATRIA Y DISCIPLINAS CONEXAS, 1938, Nº 2.

JULIO ENDARA : **"Psicodiagnóstico de Rorschach y delincuencia".** — Señala el autor la común facilidad para hacer la clasificación de las respuestas de los protocolos obtenidos de acuerdo con las tablas estadísticas extranjeras; pero las estadísticas extranjeras no debieran servir para este efecto, pues más de una vez nos conducen a errores lamentables, por la sencilla razón que los individuos europeos y los de estas tierras son desemejantes en muchos respectos y así aparecería anormal —por no homologarse bien sus respuestas con la mayoría de las extranjeras— el que es completamente normal. Cita ejemplos y aduce pruebas. Asimismo, indica la urgencia de verificar estadísticas de respuestas en los adultos normales, cultos y no cultos y en los psicópatas; y esto porque si bien es verdad que cierta clase de respuestas son de carácter universal, no lo son otras : las vulgares, originales y frecuentes. Por todo lo cual verifica 300 protocolos —hechos con escrupulosidad y paciencia y con la mira de duplicarlos — para convertirlos así en estadística con la que se pueda comparar las respuestas de los sujetos que presentan la misma semejanza personal que aquellos que sirvieron para elaborar la estadística. Pensa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mos ser objeción grave de la prueba de Rorschach esta del valor no universal de sus respuestas y creemos que el mal estriba en no haber separado su inventor las que son producto de lo accidental — en sus términos más generales — de aquellas que brotan más directamente de la naturaleza del hombre. Pero esto implicaría una renovación total del método.

Fernando Figari Diez Canseco.

BIOIOGIE MEDICALE, 1938, N° 5.

G. ICHOK : **"Etudes sur la population francaise. Les psychopathes"** (Estudios sobre la población francesa. Los psicópatas).— Tratándose de la estadística de los psicópatas de un país los resultados deben ser aceptados con mucha reserva, puesto que es variable el criterio y la extensión que se da al término psicopatía. Según se desprende de los datos suministrados por la Estadística General de Francia, el número de alienados, de 89,145 que fueron internados en 1,901, ha aumentado a 121,516, en 1931; aumento que está en relación con el de la población general y es observado también en otros países, Alemania, por ejemplo, que exhibe un número mayor, debido quizá a una mejor organización de la lucha contra las enfermedades mentales. El estudio de la frecuencia de las formas de alienación mental en Francia está obstaculizado por la falta de unidad en la clasificación; sin embargo, puede afirmarse que el primer lugar corresponde a la manía-melancolía. El A. considera que se impone la reforma de la nomenclatura existente en el sentido de una mayor consideración de los factores etiológicos de las enfermedades mentales adquiridas y constitucionales, y juzga que la labor de la higiene mental debe extenderse al consultorio prenatal, al examen del escolar etc. Finalmente, apunta el dato de la sobrepoblación de los asilos y el aumento del presupuesto para su sostenimiento, en los últimos años.

León Mejía.

INDEX, 1938, N° 1.

E. E. KRAPF : **"La Patología Cerebral según Karl Kleist".—** El autor ha realizado la difícil labor de reunir en berves páginas los conceptos que integran el estudio de Kleist sobre la patología cerebral. Puntualiza el importante lugar que ocupa su "Gehirnpathologie" en la literatura universal, el material que fundamenta las conclusiones

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y la relación establecida con los modernos conceptos sobre la arquitectonía cerebral. Informa luego del "plan estructural y funcional del cerebro", que ha de permitir la inteligencia de las afirmaciones de orden fisiopatológico contenidas en el texto analizado y que son presentadas en cinco capítulos. En el primero, que define la estructura del Yo, analiza la tendencia localizacionista de Kleist, quien considera una doble ordenación superpuesta y yuxtapuesta de sus círculos formadores, y su posición en el cosmos, así como los aspectos motor y sensorial correspondientes. En seguida sintetiza el concepto de Kleist sobre los trastornos y funciones corticales, y las esferas de sentidos que propone, comparables con el mapa citoarquitectónico. En particular analiza lo concerniente a la patología del lóbulo frontal y al estudio de las apraxias y afasias. La estructura de la motilidad, las funciones y trastornos motores del tronco cerebral motivan el tercer capítulo, entrando de este modo a analizar la fisiopatología sub-cortical. En lo relativo a la "esencia" y sus alteraciones, enumera las localizaciones que menciona Kleist para los diferentes síntomas verificables. En el último capítulo señala las opiniones que emite sobre la vigilia, el sueño, la atención y la conciencia consideradas en relación a las doctrinas que las sustentan. Concluye estimando que la obra analizada resulta una psicopatología topológica completa. El análisis que el autor hace de la obra de Kleist, proporciona una visión de conjunto interesante sobre su significado y contenido, sobre todo si se considera que este resumen incluye siete cuadros sinópticos y dos gráficas en su texto de fácil y útil lectura, que esquematizan los conceptos más esenciales en una ordenación meditada e inteligente.

Jorge Voto Bernales C.

JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1938, t. 88, Nº 3.

SAMUEL WEINGROW, T. FITCH y A. PIGOTT: **"Some clinical neurological findings in epilepsy"** (Algunos hallazgos clínicos neurológicos en la epilepsia).—Comprende este estudio la exposición de una investigación clínica en un centenar de epilépticos con crisis convulsivas. Desde el punto de vista etiológico han sido clasificados en los siguientes grupos: alcohólicos, encefalíticos, meningoencefalíticos, sifilíticos congénitos, encefalopáticos de origen vascular, traumáticos endocrinopáticos, defectuosos congénitos, traumas del nacimiento, tumores cerebrales y criptogenéticos (no clasificados). La exploración de su sistema nervioso indica que los disturbios son de origen

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

piramidal y extrapiramidal. Las principales alteraciones neurológicas son: coreoatetosis, tremor de los dedos, alteraciones de la coordinación de movimientos automáticos asociados, disminución de la fuerza muscular asociada con alteraciones motrices, disturbios tróficos, desigualdad de los reflejos tendinosos, desigualdad de los reflejos abdominales y cremasterianos (excepto en los casos de encefalitis y de sífilis congénita), signo de Babinski, hemipoestesia, alteraciones segmentarias, alteraciones del reflejo fotomotor, edema papilar, nistagmus lateral y generalizado, parálisis facial, fibrilación de la lengua. No se establece ninguna conclusión general en referencia al origen de estos trastornos; los autores esperan en estudios ulteriores determinar aquellos que obedecen a una alteración focal y aquellos que coinciden con las convulsiones o con los fenómenos asociados.

C. G. N.

MEDICINA, CIRUGIA Y PHARMACIA, 1938. N° 25.

J. MAROZ: **"Demencia paralítica e tabo-paralisia general na infancia"** (Demencia paralítica y tabo-parálisis general infantil).—A propósito de tres casos personales: dos de parálisis general infantil y uno de tabo-parálisis, el autor discute la noción de demencia y su irreversibilidad y finalmente insiste especialmente sobre la dificultad de tratamiento en tales casos.

J. O. T.

MONATSSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE, 1938. t. 99.

V. E. FREIHERR VON GEBSATTEL: **"Die Welt des Zwangskranken"** (El mundo del enfermo de obsesión).—El problema de la obsesión se mantiene insoluble a pesar de ser objeto de investigación desde hace 70 años. La tarea original que se propone v. G. en su extenso estudio es investigar **in toto** al hombre que sufre de obsesiones (no el que las tiene como manifestaciones meramente sintomáticas), por tanto, su particular manera de existir, según la cual se inserta en un mundo específicamente distinto del nuestro. Con este método "sintético-constructivo", dentro de la dirección doctrinal fenomenológico-antropológica del autor, son considerados tres casos ejemplares de psicópatas anancásticos: el primero es de una paciente en cuyo cuadro clínico domina la compulsión de lavar, la de recapitular y la de controlar los propios

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

actos; el segundo corresponde a una escrupulosa, con compulsiones tanatofóbicas multiformes, incluso obsesiones secundarias; el tercero es también el de un escrupuloso que, además de diversas compulsiones y ceremonial anexo, se siente un mal olor que coarta su vida de relación. En el síndrome objeto de este trabajo la psiquiatría alemana ha atendido principalmente al aspecto defensivo, en tanto que la francesa destaca el perturbador. v. G. estudia primero el aspecto perturbador y considera que el síndrome obsesivo en los psicópatas anancásticos se funda en la angustia, incluso en los casos sin fobia aparente. (En la fobia psicasténica la angustia sería más bien secundaria.) En el primero de los casos que aquí estudia v. G., la fobia fundamental tiene el perro por objeto, fuente de generalización anancástica a base de asco elemental, de repulsión mágica, de angustia, encarnación de lo impuro por excelencia, que todo lo contamina en la conciencia del enfermo. En el segundo caso el desorden primario o perturbador es la tanatofobia, el horror de la "muerte negativa", al cual sigue el fantasma de la impureza, vivido como una potencia dinámica de contaminación mágica, comparable por lo fatal al "tabu" y por lo ubicuo al "mana" del hombre primitivo; el desorden secundario o defensivo es la angustia de la conciencia moral, con manifestación caricatura: pseudoética; se verifica en este enfermo cómo el anancástico atribuye subconscientemente a la confesión un sentido de ceremonia mágica. En el tercero de los casos el desorden primario es estar poseído de una ilusión cacósmica—urocoprofobia—que se origina con el traumatismo de la primera polución y que arraiga en la angustia de la impureza; con la manía de la precisión, muestra además, de manera relevante, otro aspecto característico de la acción en el anancástico: el impedimento de todo comienzo y de todo logro; aunque la acción es hecha, no es vivida como acontecida—nada se experimenta como liquidado. Todas las manifestaciones del síndrome compulsivo, según v. G., son expresión de una discordia del enfermo con el desorden básico que compromete el fundamento del devenir de su personalidad total. Una escisión particular de la personalidad hace del proceso una enfermedad de reflexión, que en la vida activa se traduce como falta de libertad y de verdaderos fines transitivos; la acción compulsiva es inmotivada, formalista, rígida, vacua, forzadamente repetida. El mundo del enfermo de obsesión, esto es, la unidad estructural de su específica manera de ser respecto de lo externo, sólo puede interpretarse de manera aproximada con el análisis de los casos. Para v. G. la constitución estructural del mundo anancástico descansa en el dominio de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las potencias enemigas de la configuración, en el demoníaco "antieidos". "La conducta del enfermo de obsesión determina encuentros con un mundo circundante que no consiste en las cosas habituales de nuestra experiencia simpática y de nuestro comportamiento gnóstico o pático, sino que tiene carácter fisonómico". No se trata de la mera reviviscencia de formas de una realidad arcaica, como el mundo mágico del niño o del primitivo, sino de un hallar significaciones propio de la manera dinámica de enfrentar un contramundo desfigurador pseudomágico, cuya expresión amenaza y repugna. "Amago y repulsión eficaces son los criterios fisonómicos del contramundo anancástico". Por otra parte, la intencionalidad o acto objetivante del anancástico no se encuentra con la realidad categorial y fisonómica del hombre normal, ni con el vacío, como es el caso de la desrealización del sujeto con síntomas de despersonalización, sino con lo informe que se expresa en el lenguaje hostil antes indicado. Hay, pues, deformación y empobrecimiento de la actitud receptiva de la expresión de las cosas, de la relación mágica con el mundo, lo que se revela simbólicamente con la variedad de síntomas propia de la neurosis compulsiva, que acreditan igualmente la lucha impotente contra las fuerzas disolventes del estar en forma, del devenir formativo, de la autorealización personal. Así, el contenido del mundo pierde la multiformidad, la naturalidad y la inocencia propias de la comunicación simpática, y la existencia personal se frustra en perpetuo fracaso, en esclavitud intolerable y repetición vacua. Podemos resumir el pensamiento de v. G. diciendo que el anancástico lucha angustiado con las sombras que son él mismo, se defiende infructuosamente contra los símbolos de la propia pérdida de base de sustentación existencial.

H. D.

NERVENARZT, 1938, Nº 9.

ALBRECHT LANGELUEDDEKE: **"Die Bedeutung des Cardiazolkrampfs für die Epilepsiediagnose"** (El significado del ataque provocado por el Cardiazol para el diagnóstico de la epilepsia).—L. considera improbable que pueda determinarse una dosis de Cardiazol cuya inyección produzca ataque sólo en epilépticos. Tal vez sea posible que la prueba sirva para esclarecer el diagnóstico entre psicopatía y epilepsia, como un medio auxiliar entre otros. La considera útil para el diagnóstico diferencial entre la epilepsia genuina y la sintomática. La técnica empleada consiste en una iny. intravenosa rápida de 3 cc.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En 214 epilépticos de L. y diversos investigadores se produce ataque en el 73, 8%. En grupos de sujetos con enfermedades orgánicas del sistema nervioso la proporción de aquellos en quienes la prueba produce ataques es del 37 %, en esquizofrénicos 13 %, en oligofrénicos 32%, en maníaco-depresivos, psicópatas y sanos 10%. Investigaciones del autor y de otros (Grubel, Langsteiner & Stiefler) con dosis crecientes en 1/2 cc. a partir de 1 cc. indican que el mayor número de epilépticos tienen ataque con la dosis de 2 cc.: 31 en 98 casos (15 con 1,5 cc., 15 con 2,5 cc. y 14 con 3 cc. son las mayores frecuencias que siguen a la de 2 cc.) En el 66 % se presenta el ataque con menos de 3 cc. En cambio en una serie de 53 sujetos no epilépticos los ataques se presentan de preferencia con dosis superiores a 3 cc. (ésta es usada como máxima), esto es, el 67,9 % no tiene ataque ni con 3 cc., con dosis hasta de 2 cc. sólo se produce ataque en el 20,8 % de tales casos. Wichmann ha hecho la prueba con otra técnica (inyección lenta—15 a 18 segundos—de 3 cc. ó 3,5 cc.) con resultados que concuerdan con éstos: ataque en el 71,2 % en casos de epilepsia genuina, 77,7 % de epilepsia sintomática, 20% en sospechosos de epilepsia; 10,3% en enfermedades orgánicas del sistema nervioso, y en los demás 0 %. Scholz considera peligrosa la producción incluso de un solo ataque en los niños: puede causar lesiones cerebrales de consecuencias. Según el autor, serían contraindicaciones: edad menor de 15 años, edad avanzada, cardiopatías, arterioesclerosis, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares (además en un postencefalítico ha observado un colapso fugaz). Bostroem rechaza el procedimiento como falto de especificidad. Esto no es aceptable, pues en manos de un especialista competente y crítico y aplicado a los casos dudosos, constituye un dato importante, acaso decisivo, unido a otros: investigación de la herencia, del estado corporal, de la personalidad del sujeto y sus reacciones y sobre todo la prueba del "golpe de agua" (Wichmann, Janz). Un ataque provocado con Cardiazol que muestra síntomas focales hace sospechoso el caso de epilepsia sintomática. L. se inclina a considerar—de acuerdo con las experiencia de Selbach—el ataque provocado por el Cardiazol como primariamente debido a la vasoconstricción inicial, y no a un efecto inmediato de la substancia sobre el centro convulsivante. Cree posible que el ataque experimental facilite la producción de ataques futuros haciendo manifiesta la predisposición hasta entonces latente.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTE E RIVISTE DI PSICHIATRIA, 1938, Nº 2.

GIORGIO SOGLIANI. **Considerazioni su due casi di mioclonoepilessia di Unverritch.** (Consideraciones sobre dos casos de epilepsia mioclónica de Unverritch).—A propósito de dos casos observados y cuidadosamente analizados, el autor insiste particularmente sobre uno de ellos que presentaba numerosos signos de la serie cerebelosa, que permitían identificarlo con la disinergia cerebelosa mioclónica de Ramsay-Hunt. Según Sogliani esta última es una forma cerebelosa de la epilepcia mioclónica de Unverritch mas bien que una entidad autónoma.

J. O. T.

PROCEEDINGS OF THE ROYAL SOCIETY OF MEDICINE, 1938, t. 31.

G. W. B. JAMES, RUDOLF FREUDENBERG & A. TANDY CANNON: **"A year's experience of insulin therapy in schizophrenia"** (Un año de experiencia del tratamiento de la esquizofrenia con insulina). —El informe se refiere a 24 casos con tratamiento terminado en el curso del año 1937. Puesta la iny. de insulina a las 7 a. m., el período total de hipoglicemia rara vez ha durado más de 5 horas. Sólo cuando el coma aparecía muy tardíamente, esta duración excedía 6 horas. La insulina usada fué la cristalizada primero y al fin la glandular, sin que se haya notado urticaria ni otros efectos nocivos. La dosis mínima para producir coma fué de 15 y la máxima de 400 unidades. En la gran mayoría de los casos la dosis se redujo después de alcanzarse la productora de coma. Así, si con 100 u. se logra producir el coma, éste se consigue después con 90, 80 y aun con 70 u. De acuerdo con Müller, los autores no creen que haya relación entre la sensibilidad a la insulina y la mejoría mental. Con respecto a la glicemia, se observa una baja dentro de la primera hora hasta 0.030 gr. % y aun menos. Permanece este tenor casi invariable durante todo el período hipoglicémico. Media hora después de la interrupción, la glicemia llega ligeramente por debajo de lo normal. Una hora después de la interrupción retorna a la normal y después sube. En lo que atañe a los ataques epileptiformes éstos se presentaron 73 veces, y la acción beneficiosa observada en un paciente que tuvo uno por efecto de la hipoglicemia ha alentado a los autores a emplear (en 11 de sus 24 casos) el Cardiazol, inyectándolo en la segunda hora de la hipoglicemia, combinación de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la que se muestran satisfechos. La duración óptima del coma depende de la manera de reaccionar de cada paciente. No la prolongan más de hora y media. Cuando se presentan ataques epileptiformes emplean la interrupción con la sonda nasal después del primer acceso (59 veces) en lugar de la iny. endovenosa de suero glucosado que empleaban al principio (en 14 ocasiones). El criterio de los autores ha cambiado también en el sentido de no considerar tales ataques como complicaciones. (Asimismo, ya no usan la palabra shock.) La interrupción por vía endovenosa, en 1628 días de insulina sólo la han empleado 106 veces (además de las 14 antes indicadas y de aquellas que la insulina fué administrada en la tarde o en la noche). En dos casos en los cuales los ataques producían efectos desfavorables, y en los cuales fracasó la administración profiláctica de luminal, fué necesario el empleo de la interrupción por vía endovenosa a causa de los vómitos provocados por el uso de la vía gástrica. Dos serias emergencias se han presentado: una en un paranoide asténico con 11 años de enfermedad y con antecedentes de colapso cardíaco, que después de 28 comas, en que sólo se llegó a presentar irregularidad del pulso y cianosis, en el 29º coma, con 70 u., dosis igual a la de los días anteriores, tuvo un ataque epileptiforme con extrema palidez y pérdida del pulso; no siendo practicable la inyección endovenosa por el colapso de las venas, se le inyectó por vía subcutánea 0.5 c. c. de adrenalina al 1 por mil, y seguidamente 2 c. c. de suero glucosado al 33% en iny. intracardíaca. Con esto se repuso y fué posible la iny. endovenosa. La segunda emergencia peligrosa corresponde a un joven de buena constitución física con esquizofrenia paranoide reciente. No mejorando con 28 comas, se decide prolongar gradualmente la duración de éstos. El 30º coma, producido con 30 u., presenta a las 10 y 45 desaparición de los reflejos corneal y plantar e hipotonía. Permanece así en coma profundo hasta las 11 y 20, hora en que se intenta la interrupción; a las 11 y 50 se presenta desasosiego motor con opistótonos y cara congestionada; al examen, se verifica el reflejo corneal y signo de Babinski en ambos lados, 140 pulsaciones y glicemia de 0.230 gr. %. Ignorando todavía este último dato, y en la creencia del origen hipoglicémico de la condición, se inyecta por vía endovenosa 100 c. c. de glucosa. Se confirma aquí que los casos difíciles son los que tienen complicaciones con hiperglicemia. A las 12 y 45 iny. endovenosa de mil unidades de vitamina B^1, para regular el consumo de la glucosa, y 8 c. c. de la solución de cloruro de calcio al 10%, para contrarrestar la alcalosis. A la 1 y 30 p. m. la condición sigue igual, glicemia

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

0.235 gr. % ; se repite la iny. de vitamina B^1 a igual dosis por vía intramuscular. 20 minutos, después, la punción lumbar da más de 15 c. c. de líquido a presión con 0.300 gr. de glucosa. A las 2 y 20 apreciable baja de la glicemia (0.180 gr. %) y de la frecuencia del pulso (120). 20 minutos más tarde comienza a aclararse la conciencia y los reflejos son normales. A las 4 p. m. la glicemia es normal. En 4 días retorna a la normalidad con remisión completa. Con su ulterior experiencia, consideran los autores que se habría abreviado la mejoría del paciente con la transfusión de sangre. Esta emergencia enseña cuán peligroso es el coma profundo prolongado y a la vez cuan eficaz es para la cura de la psicosis si se logra salvar la vida del sujeto con los medios indicados. Manifestaciones de hipoglicemia tardía se presentaron en 18 ocasiones, en la tarde o en la noche, debidas todas a insuficiencia de hidratos de carbono en los alimentos o a vómitos durante el día. Los resultados obtenidos son los siguientes, según la nomenclatura de Müller (1936): 5 casos de menos de 6 meses, remisión completa en 4, incompleta en 1; 2 casos entre 6 y 12 meses, ambos remisión incompleta; 3 casos entre 12 y 18 meses, 2 remisión incompleta, 1 no mejorado; 14 de más de 18 meses (entre 2 y 12 años), 2 remisión incompleta (uno de más de 12 años de psicosis!), 1 remisión parcial, 11 no mejorados. El período más largo de tratamiento ha sido de 118 días, el menor de 26 días y el término medio de 67,8. El trabajo termina con la exposición de los resultados reunidos por la British Psychiatric Insulin Society acerca de la insulinoterapia de la esquizofrenia en Gran Bretaña, que sumados con los de los autores dan en total 118 casos, con 51,7% de resultados favorables y una sola defunción. Es de advertir que la mayor parte de los contribuyentes usan el método del Cardiazol asociado con el de la insulina.

H. D.

PSYCHOANALYTIC QUARTERLY, 1938, No. 2.

GREGORY ZILBOORG: **"The sense of inmortality"** (El sentido de la inmortalidad).—Sutil e interesante desarrollo de la noción psicológica de inmortalidad. Con finura y sagacidad nos conduce el autor a uno de los más complejos problemas de la psicología abismal. La idea de inmortalidad es encarada con criterio psicoanalítico y antropológico al mismo tiempo. Desde la época primitiva del hombre ha evolucionado hasta nuestros días dicha idea hasta devenir en un simple "sentido de inmortalidad", que actúa en los hombres modernos cual

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un impulso vigoroso capaz de intervenir no solamente en la elaboración de nuestras teorías de salvación social y en los más altruistas aspectos de la vida colectiva. sino también en la determinación de neurosis y psicosis, particularmente de forma depresiva. Además, existen relaciones entre la creencia en la inmortalidad, de un lado, y del super—yo, el sadismo y el masoquismo de otro. El super—yo es un potente factor generativo de ansiedad ante la muerte, ansiedad que que suscita el deseo de inmortalidad. Las fuerzas instintivas que re suelven el problema de la vida y de la muerte en el sentido de la inmortalidad derivarían de impulsos sadísticos pregenitales, principalmente de tipo retencionista.

C. G. N.

REVISTA ARGENTINA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, 1938. Nº 1.

ALFONSO P. QUARANTA: **"Tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel (Insulinoterapia)".**—Desde abril de 1937 el A. practica el método cuyos resultados en 45 casos tratados expone. Los 16 casos recientes, cuya psicosis tiene menos de seis meses de evolución, se distribuyen así: 10 remisiones totales, 4 remisiones sociales y 2 sin cambio; es decir, el 87.50% de resultados positivos. Se refiere en seguida a los casos más antiguos, que los agrupa en la forma siguiente: 12 enfermos cuya psicosis evoluciona entre 6 meses y 1 ½ años con los siguientes resultados: 3 remisiones totales, 6 remisiones sociales y 3 sin cambio; 17 casos de más de 1 y 1/2 años de enfermedad, que dieron 4 remisiones totales, 4 remisiones sociales y 9 no modificados. El A. se detiene en algunas consideraciones etiológicas de la esquizofrenia y reconoce el valor de la insulina en el tratamiento sintomático de las disfunciones metabólicas de los esquizofrénicos, concluyendo que la insulinoterapia es el procedimiento de elección en el tratamiento de la esquizofrenia y que, tomando las precauciones convenientes, no ofrece peligros para los enfermos.

León Mejía.

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y DISCIPLINAS CONEXAS, 1938, Nº 9.

OCTAVIO PERALTA V.: **"La convulsivo-terapia en la esquizofrenia".—** Describe el autor la técnica del método de v. Meduna y la crisis convulsiva, señala el caso de una paciente con estrechez mitral

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

congénita que soportó varias crisis sin presentar complicación alguna, y observa que la edad avanzada no es contraindicación para el tratamiento. En los 25 casos que presenta responden mejor al tratamiento las formas estuporosas y hebefreno-catatónicas. Obtiene el 64 % de remisiones en diversos grados: en los 8 casos agudos (menos de 6 meses de evolución de la psicosis), 3 remisiones completas, 3 buenas y 2 sociales; en los 17 subagudos y crónicos, 2 remisiones completas, 5 buenas, 1 social y 9 no influídos.

León Mejía.

REVISTA MEXICANA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y MEDICINA LEGAL, 1938, Nº 28.

SAMUEL RAMIREZ MORENO Y TEODORO FLORES COVARRUBIAS: **"Síndrome epiléptico y proceso aneurismático de la presa de Herófilo y de los senos laterales".**—Se trata de una paciente joven cuyo desarrollo fué retardado y desde la segunda infancia ya daba muestras de carácter irritable y violento; padece desde hace tiempo de amigdalitis crónica con brotes agudos; escolar estudiosa, inteligente y bondadosa, súbitamente presenta crisis epilépticas y se torna más violenta e irascible. El examen descubre hiperreflexia tendionosa y osteoperióstica; la radiografía muestra marcada visibilidad del relieve endocraneano y gran aumento de la presa de Herófilo y de los senos laterales. Esto se debería a estasis venosa, con hipertensión intracraneana consiguiente, por obstáculo en la circulación de retorno a nivel del agujero rasgado posterior. Se indica entonces la amigdalectomía, que a la vez pone término a un proceso infeccioso paraamigdaliano. Poco tiempo después de la intervención se verifica considerable mejoría de la paciente respecto de los ataques y disminución del proceso aneurismático intracraneano. Los autores no indican el tiempo de observación a partir de la intervención quirúrgica.

JUAN PEON DEL VALLE: **"Aportación a la casuística de las pseudopercepciones".**—El A. estudia el caso de un sujeto que al recobrar el conocimiento después de un traumatismo de la región frontal, presenta pseudopercepciones acústicas: oye voces de los vecinos que comentan desfavorablemente su conducta, voces que repiten su pensamiento (eco del pensamiento) o que se adelantan en decirlo (sustracción del pensamiento). Un año después del traumatismo, el examen exhaustivo del paciente no descubre otras alteraciones psicopa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tológicas ni dolencias orgánicas. La ventriculografía encefálica, sin embargo, revela obstrucción de los agujeros de Monro, especialmente el del lado izquierdo. Esto hace admitir al autor que el trastorno de la percepción es de base orgánica, "pero que no se desarrollaría sin un debilitamiento de la personalidad".

León Mejía.

RIVISTA DE FRENIATRIA, 1938, N° 1.

R. PASCUALINI: **"Antiche e recenti vedute sull'anatomia patológica della demenza senile"** (Antiguas y recientes adquisiciones sobre la anatomía patológica de la demencia senil).—Después de recordar, en una corta pero substancial revista general, los datos más característicos que se conocen sobre la histopatología de la demencia senil, el autor refiere algunos aspectos histológicos por él observados en dementes seniles y las imágenes encontradas en el cerebro de un individuo sano, muerto a los 99 años. De la comparación de ambos cuadros, Pascualini se cree autorizado a concluir que existe entre la senilidad simple y la demencial, sobre todo una diferencia de grado y de intensidad lesional así como la prevalente localización de las lesiones en los lóbulos frontales, siendo esta última responsable del déficit mental.

J. O. T.

RIVISTA DI FRENIATRIA, 1938, N° 2.

PAOLO OTTONELO: **Contributo alla conocenza della patogenesi della cosidetta atrofia muscolare di origine cerebrale.** (Contribución al conocimiento de la patogénesis de la atrofia muscular de origen cerebral).—Es difícil explicar satisfactoriamente la patogenia de la amiotrofia muscular en las hemiplejias cerebrales. Diferentes teorías la consideran sea como el resultado de una degenerescencia transináptica, de grado ligero, de la neurona motora periférica consecutiva a lesión de la neurona central; sea como consecuencia de la alteración de supuestos centros tróficos cerebrales; sea como originada por alteraciones neuríticas; sea por la rotura del equilibrio reflejo motor, sensitivo y vasomotor en la cual se atribuye un gran rol a la sensibilidad; ya por alteraciones del equilibrio endocrino-humoral que resulta de la lesión directa o indirecta del hipotálamo; sea por lesión de los centros vaso-motores; sea como de naturaleza refleja abarticular. Apoyándose en el estudio minucioso de cuatro casos anatomo-clínicos particular-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mente netos por la precocidad de la amiotrofia, el autor, después de pasar en revista las hipótesis anteriores, concluye que la amiotrofia resulta siempre de una lesión objetivable de la neurona periférica; alteración que no resulta únicamente de la supresión de la actividad motriz cerebral sino más bien de un estado tóxico, generalmente discrásico, que se puede verificar fácilmente en los hemipléjicos con amiotrofia precoz y que se localiza únicamente en las regiones paralizadas porque éstas constituyen un locus minoris resistentiae.—Una bibliografía abundante completa este importante artículo que será provechosamente consultado.

J. O. T.

SCHIZOFRENIE, 1938, N° 1-3.

EMILIO RIZZATTI: **"Stato attuale dell'ematologia delle schizofrenie"** (Estado actual de la hematología de la esquizofrenia).—En busca de datos bibliográficos sólidos acerca de la hematología de la esquizofrenia, el autor se remonta a los trabajos de V. M. Buscaino en 1915. Analiza las diversas investigaciones realizadas en la sangre a través de los años siguientes a esta época hasta la actualidad, por diferentes autores, ya sea observando el índice de Schilling, la fórmula de Arneth, el signo de Vélez, etc. Después de referirse a la gran variabilidad del cuadro hematológico, termina planteando el problema patogénico de estas variaciones.

G. BORGARELLO: **"L'eritrocitometria in psichiatria"** (La eritrocitometría en psiquiatría).—Estudia el comportamiento del diámetro de los glóbulos rojos, realizando mediciones micrométricas precisas. Partiendo de las conclusiones de E. Tagliaferro, según las que "en todas las afecciones hepáticas ya sean agudas o crónicas, se nota una desviación particular hacia la derecha de la fórmula eritrocitométrica, siendo esta desviación tanto más evidente cuanto más notable es la lesión del parénquima hepático", concede la importancia que puede tener en la génesis de alguna enfermedad mental, la insuficiencia hepática. Orientado en este sentido investiga las variaciones del diámetro eritrocítico en 100 casos: 51 esquizofrénicos, 19 paralíticos generales, 13 parkinsonianos postencefalíticos y 17 distímicos. Finalmente, busca la fórmula media eritrocitométrica y reduce el porcentaje de 500 a 100 glóbulos rojos, presentando las cifras halladas tanto en cuadros como en curvas claras y demostrativas, siendo en la esquizofrenia el diámetro medio en micrón de 8,76%, en la parálisis progresiva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

8,71%, en el parkinsonismo postencefalítico 8,38% y, en la distimia 8,33%.

G. BORGARELLO: **"La piastrinometria in psichiatria"** (La plaquetometría en psiquiatría).—El mismo autor en este capítulo se ocupa de la plaquetometría en psiquiatría iniciando sus investigaciones en un grupo de 55 enfermos mentales, entre los cuales figuran 31 casos de esquizofrenia, 8 distimias, 9 parálisis progresivas y 7 parkinsonismos postencefalíticos. La fórmula media plaquetométrica en micrón reducida al tanto por ciento a que llega es la siguiente: esquizofrenia 2,42%, distimia 2,55%, parálisis progresiva 2,26% y, parkinsonismo postencefalítico 2,38%. Este mismo resultado representa finalmente el autor en un cuadro de curvas.

G. BORGARELLO: **"Studio del mielogramma in dementi precoci"** (Estudio del mielograma en los dementes precoces).—En un capítulo más subraya la importancia de la medula ósea por ofrecer mayor interés hematopoyético, por ser la exclusiva formadora de la mayor parte de la célula sanguínea y por ser el centro de muchas hemopatías. Puntualiza sus conclusiones ante biopsias de la medula ósea realizadas por medio de esternopuntura a nivel del III espacio intercostal. Con el objeto de presentar un estudio claro y objetivo consigna previamente la fórmula citológica normal de la medula ósea del adulto, según Ferrata, y algunos procesos morbosos, como hemopatías, en los cuales la medula ósea altera su composoción citológica. Al final exhibe un cuadro de resultados, deducidos del mielograma practicado en hebefreno-catatonías y catatonía típica.

P. CASSIANO y L. DI FORTUNATO: **"Reattivitá ematologica all'istamina nei dementi precoci e negli epilepttici"** (Reactividad hematológica a la histamina en los dementes precoces y en los epilépticos). — Los citados autores estudian la acción de la histamina sobre la morfología del cuadro hemático en dos grupos de enfermos: epilépticos y esquizofrénicos, limitándose a cinco casos en cada uno. Después de referirse brevemente a la naturaleza química de la histamina, a sus propiedades farmacodinámicas : de vasodilatación general con trasudación del suero, contracción de los músculos lisos, acción excitosecretora sobre la mucosa gástrica y glándulas en general, aumento de la glicemia, de la colesterina, modificación de la reserva alcalina, acción antiálgica, etc., y una rápida reseña de la literatura existente al respecto, exponen los siguientes resultados : en el grupo de los epilép-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ticos después de media hora se observa un general y rápido aumento del número de eritrocitos, de 4,090.000 a 5,030.000 como cifras medias. La variación leucocitaria no es uniforme. Examinando el grupo de esquizofrénicos notan una marcada disminución de los glóbulos rojos en todos los casos, menos en uno, siendo los valores medios 3,850.000 a 3,620.000. Con relación a los glóbulos blancos la variación es más irregular. Concluyen manifestando que no es del todo injustificada la hipótesis derivada de aquella consideración según la cual la histamina no ejerce su acción en el sentido de una alteración osmótica, pero que influencia en otra y en diferente medida los componentes del sistema hematopoyético.

GIOVANNI FATTOVICH: **"L'immagine di Arneth nelle convulsioni provocate con Cardiazol negli schizofrenici"** (La fórmula de Arneth en las convulsiones provocadas con el Cardiazol en los esquizofrénicos).—Previa sucinta referencia de las variadas investigaciones hematológicas realizadas en la epilepsia esencial, especialmente con relación al acceso convulsivo, el autor presenta un estudio analítico de los primeros ensayos también hematológicos verificados en esquizofrénicos desde 1902, a través de los años sucesivos hasta nuestros días. Referente a la fórmula de Arneth, en la mayor parte de los casos, establece que se ha observado una desviación hacia la izquierda del cuadro neutrófilo. Esquema de Arneth:

I	II	III	IV	V	
20,3	28,6	25,8	24,5	0,6	Indice: 2,55.

Durante el acceso cardiazólico esta fórmula—continua—se desvía hacia la derecha que persiste aun media hora después, pero a las dos horas no solamente se desvía nuevamente a la izquierda, sino que excede los valores encontrados antes de la inyección. Señala el hecho de que la inyección endovenosa de cardiazol, independientemente de la producción o no del acceso convulsivo, determina después de dos horas una modificación cualitativa de los glóbulos blancos, caracterizada por un aumento de los polinucleares neutrófilos y de la forma de pasaje, por una disminución de los linfocitos y de los eosinófilos. Que esta modificación de la fórmula leucocitaria va tornándose cada vez más neta con la repetición de los accesos, mientras el esquema de Arneth no sufre sino leve modificación, pero siempre en el sentido de una desviación hacia la izquierda.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

L. DI FORTUNATO: **"La linfocitometria nella diagnostica differenziale distimie-schizofrenie"** (La linfocitometría en el diagnóstico diferencial distimia-esquizofrenia).— El autor, siguiendo las investigaciones de Rizzatti y Levi, acerca de la fórmula linfocitométrica, emprende un estudio particular, del cual se desprenden datos interesantes para el diagnóstico diferencial hematológico entre la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, en especial la distimia. Indica que en sujetos esquizofrénicos el elemento más pequeño mide 7,70 micrones, siendo su media respectiva 8,97. El elemento más grande encontrado es de 17,71 micrones, y su media correspondiente 15,36. De estos datos deduce el valor medio del volumen linfocitario en esquizofrénicos y encuentra 12,16 micrones. En los distímicos, siguiendo la misma técnica empleada en los esquizofrénicos, encuentra que el linfocito más pequeño mide 6,16 micrones, con una media de los valores mínimos de 7,43 micrones. El elemento más grande alcanza a 15,40 micrones, con una media de los valores máximos de 13,55. En un estudio comparativo de la fórmula linfocitaria de 26 esquizofrénicos y 24 distímicos, establece conclusiones importantes. Una demostración gráfica ilustra amplia y minuciosamente estos interesantes resultados.

P. Anglas Quintana.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOCIEDAD DE NEURO - PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Sesión del 5 de Octubre de 1938.

FEDERICO SAL Y ROSAS : **El tratamiento de las neurosis por el Cardiazol.**— El autor presenta sus primeros resultados en ocho casos de histeria accesional y, secundariamente, en cinco de sindrome accesional epileptiforme. Todos los casos de histeria han sido influídos favorablemente por el Cardiazol incluso el único que sigue en tratamiento. De los siete casos en que éste ha terminado, en seis la remisión es completa (en el de remisión incompleta se interrumpió el tratamiento en la tercera inyección). Hay también remisión del cuadro afectivo intercrítico y en cuatro casos apreciable modificación del carácter. En un caso hay curación de rinitis crónica rebelde. No parece existir relación constante entre la duración de la enfermedad y el resultado obtenido. En los cuadros epileptiformes se nota mayor vulnerabilidad al Cardiazol que en los histeriformes, aunque no en forma que signifique una prueba diagnóstica segura; pero el Cardiazol no sólo no intensifica en ellos las crisis espontáneas ni despierta las latencias, sino que provoca una marcada remisión de los ataques y de las manifestaciones menores.

Discusión : El Dr. Delgado tiene palabras de encomio para la labor entusiasta del Dr. Sal y Rosas en su servicio y destaca la importancia de sus verificaciones, sobre todo en lo que atañe a las manifestaciones epileptiformes no histéricas.

El Dr. Trelles encuentra que las dosis convulsivantes usadas en sus trabajos son diferentes a las comunicadas, debido probablemente al diferente material de enfermos. Refiere que se han extendido los beneficios de la terapia cardiazólica a procesos de naturaleza alérgica, como eczemas etc.

El Dr. Krumdieck manifiesta que la cantidad eficaz de Cardiazol empleada por él, es mayor que la comunicada, considerando que esta fácil reactividad de algunos pacientes permitirá usar dosis más pequeñas todavía. Encuentra interesante la supresión de la ansiedad, con dosis que la determinan en otros pacientes sin producir ataque.

El Dr. Juan Voto Bernales, considera que las dificultades para la aplicación del tratamiento en las Neurosis, deben ser mayores que en las Psicosis.

El Dr. Sal Rosas dice que la posterior evolución de los enfermos tratados permitirá completar oportunamente su comunicación preliminar.

MAX GONZALEZ OLAECHEA : **Aracnoiditis Espinal Enquistada en el curso de una Neuro-axitis.**—Durante la evolución de la encefalitis epidémica, puede observarse una aracnoiditis espinal enquistada con coagulación masiva del líquido céfalo-raquídeo, simulando un tumor. Observación de un enfermo de 25

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

años, que ingresa al Hospital con cuadro febril, cefalea, raquialgia, dolores discontinuos fulgurantes en los miembros inferiores, insomnio pertinaz, diplopia. El examen demuestra dolor a la presión de los troncos nerviosos, exageración de los reflejos tendinosos de los miembros inferiores, Babinsky negativo. El líquido céfalo-raquídeo se coaguló rápidamente, denotando hiperalbuminosis, pleocitosis y presencia de globulinas; la prueba de Queckensted concluía en la existencia de bloqueo subaracnoideo completo. Se instauró tratamiento anti-infeccioso, obteniéndose la curación del paciente a los cuatro meses. La patogenia de este proceso puede explicarse, aceptando los resultados obtenidos por Alajouanine en el estudio histológico de casos de leptomeningitis adhesivas localizadas, debidas a que los agentes que actúan sobre el sistema nervioso central, pueden ingresar a los espacios perivasculares de Virchow, llegando así a los espacios subaracnoideos, desde donde pueden agredir las envolturas meníngeas de las raíces posteriores y el ligamento posterior constituído también por leptomeninges.

Discusión : El Dr. Trelles cree que es una forma auténtica de la Encefalitis descrita por von Economo, y que el diagnóstico oportuno libró al paciente de una intervención quirúrgica.

El Dr. Bernales dice que hubiera sido interesante dosar el fibrinógeno en el líquido céfalo-raquídeo.

El Dr. Juan Voto Bernales corrobora la naturaleza encefalítica del síndrome por el resultado feliz del tratamiento instituído.

SERGIO BERNALES: **Recomendaciones sobre el diagnóstico precoz de la Esquizofrenia.**—Las interesantes comunicaciones presentadas en la sesión anterior, con los resultados del tratamiento de la Esquizofrenia por los métodos de Sakel y Von Meduna le inducen a proponer que la Sociedad dirija a los médicos que ejercen en provincias, recomendaciones necesarias para el diagnóstico precoz de la Esquizofrenia, en los enfermos que acusen los síntomas de comienzo de esa psicosis. Esta medida permitirá la aplicación oportuna del tratamiento en el período inicial de la enfermedad, cuando la remisión es más posible. Cree que tal intervención directa de la Sociedad, propenderá eficazmente a actualizar en los médicos igual recomendación hecha anteriormente desde las revistas médicas nacionales por el Profesor Honorio Delgado. Propone además, que se interese a los citados médicos de provincias, en el envío precoz de los enfermos al Centro Psiquiátrico de la capital, para que sean oportunamente beneficiados de los modernos medios terapéuticos de las psicopatías.

Discusión : El Dr. González Olaechea considera conveniente esa recomendación, pues la precocidad del tratamiento convulsivante garantiza su éxito.

El Dr. Delgado opina que deben ser también conocidos los peligros de un tratamiento con técnica imperfecta, y que habrá oportunidad de hacerlo en el próximo Congreso de Médicos Sanitarios.

El Dr. Valega propone instruír también al público directamente sobre las formas de inicio de las enfermedades mentales.

El Dr. Krumdieck cree conveniente despertar mayor optimismo entre los médicos sobre la terapia actual de las enfermedades mentales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El Dr. Trelles anota que esa recomendación está conforme con los fines del Estatuto de la Sociedad.

J. O. TRELLES y JORGE VOTO BERNALES : **Epilepsia y reflejo óculo-cardíaco.**—Observación de un paciente de 20 años de edad, que ingresa al Hospital por crisis convulsivas que datan de los 12 años, presentándose precedidas de aura angustiosa y dolorosa. No se registran datos de interés entre los antecedentes familiares. Entre los personales, manifiesta haber sufrido traumatismo craneano a los 7 años. Todas las investigaciones de laboratorio dieron resultado normal. El examen somático no revela ninguna alteración. Se comprueba bradipsiquia muy acusada, carácter impulsivo y violento; las crisis se producen algunas veces por estímulos emotivos. La compresión de los globos oculares para investigar el reflejo óculo-cardíaco, desencadena también crisis convulsivas semejantes a las espontáneas, hecho que reproducen en un film y sobre el que llaman la atención, por las relaciones estrechas que pudo comprobarse en este enfermo, entre sus crisis convulsivas y las modificaciones de su sistema neurovegetativo. En efecto, la medicación atropínica fué muy favorable, pues durante las cuatro semanas de instituída no se produjeron los ataques, para volver a presentarse cuando fué suspendida. La reiniciación de esta terapéutica alejó las crisis, pero no fué capaz nuevamente de suprimirlas. Después de discutir los posibles mecanismos desencadenantes de las crisis en el presente caso, recuerdan que hechos análogos han sido publicados por Petzetakis y otros.

Discusión: El Dr. González Olaechea afirma que la naturaleza epiléptica de la crisis exhibida, se define por la positividad del signo de Babinsky; el mecanismo reflejo sería por intermedio del Vº par. Recuerda la necropsia de un paciente con epilepsia que falleció de verruga, en el que encontró una tumoración a nivel de la cinta de Reil, que explicaba su epilepsia refleja.

El Dr. Chávez Velando refiere que ha observado crisis comiciales en astigmatas no corregidos.

El Dr. Delgado manifiesta que entre epilepsia e histeria hay numerosas gradaciones, pero que el caso comunicado es caracterizable como epilepsia refleja—de rara manifestación pero innegable—; el conmemorativo de que las emociones también desencadenan las crisis no excluye el diagnóstico de epilepsia.

Sesión del 2 de Noviembre de 1938

LUIS CHAVEZ VELANDO : **Significación clínica y fisiopatológica de la fotofobia.**—Debe distinguirse la fotofobia-dolor, sintomática de los procesos inflamatorios del segmento ocular anterior, y la fotofobia funcional independiente de toda lesión orgánica. La observación clínica demuestra que esta fotofobia funcional es síntoma patognomónico del astigmatismo. Sólo acusan malestar con la luz los astigmáticos, y si lo presentan un miope o un hipermétrope es porque seguramente existe un astigmatismo asociado a la ametropía focal. La fotofobia es en realidad un síndrome constituído por blefarospasmo asociado a la hipersecreción lagrimal, a la congestión conjuntival, y con frecuencia a cefaleas y mareos, siendo considerado por Magitot como un reflejo vegetativo. La

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cocainización del ganglio esfenopalatino, la alcoholización del ganglio oftálmico, o del ganglio de Gasser suprimen la fotofobia. Es así como la fotofobia unida frecuentemente a la astenopía, permite diagnosticar no sólo el astigmatismo sino la existencia de un complejo síndrome de distonía vegetativa, que forma entre esa legión de enfermos funcionales a que se ha referido el Profesor Abrami. Tal es en su opinión el valor diagnóstico y la significación fisiopatológica de la fotofobia.

Discusión : El Dr. Valdeavellano opina que diferentes causas que actúan sobre los segmentos anterior y posterior del ojo pueden determinar fotofobia, recordando las lesiones retinianas que ha observado en el último eclipse. Discute la significación astigmática de la fotofobia, pues no se presenta en los operados de catarata en quienes se produce astigmatismo.

El Dr. Chávez Velando dice que la fotofobia es signo sólo de los pequeños astigmatismos.

JORGE VALDEAVELLANO : **Edema papilar, único síntoma de meningitis serosa.**—Observación de una enferma que en Julio del presente año acusa obnubilaciones con los cambios de posición, después cefaleas, náuseas, escalofríos y zumbidos de oídos. El examen revela edema de la papila con agudeza visual normal y limitación temporal del campo visual izquierdo. Líquido céfalo-raquídeo normal con presión de 55 cm. al Claude; encefalografía normal. Se observan vegetaciones adenoides y amigdalitis críptica crónica. El 14 de Octubre desapareció el edema papilar sin que se hubieran presentado otros trastornos. Establece el diagnóstico diferencial con tumores cerebrales y aracnoiditis optoquiasmática, describiendo el cuadro de las meningitis serosas, las formas de esta afección señaladas por Terrien con las características de su inicio y alteraciones visuales que las acompañan, y el síndrome hipofisario de las meningitis serosas descrito por Claude. Refiere luego las causas y caracteres semiológicos del edema crónico del cerebro de Balado. Trata de la patogenia del edema papilar, según diferentes teorías, etxendiéndose sobre los trabajos de Behr y las conclusiones experimentales de Sobansky. Termina incluyendo el síndrome observado entre los cuadros de la miningitis serosa, considerando en su etiología la amigdalitis crónica.

Discusión: El Dr. Trelles se halla de acuerdo con el diagnóstico, pues la enfermedad de Armstrong puede eliminarse por la ausencia de reacción citológica.

El Dr. Lastres que ha conocido el caso, corrobora la negatividad del examen clínico de la paciente, insistiendo sobre la influencia favorable de la opoterapia instituída.

CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA, F. ALARCO y H. ROTONDO: **Las convulsiones producidas por Coramina en los gatos descerebrados.**— En los gatos bulbares la Coramina sólo produce convulsiones tónicas, en los protuberanciales convulsiones tónicas seguidas de convulsiones clónicas y en los mesencefálicos convulsiones tónicas, clónicas y movimientos rítmicos o de natación. La ablación de la substancia nerviosa comprendida entre el tercio superior del puente de Varolio y el tercio inferior del mesencéfalo, suprime los movimientos de natación. Sólo en los gatos mesencefálicos se produce una crisis epileptiforme semejante a la que se observa por efecto de la Coramina en los gatos in-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tactos. Dicha crisis resulta de la participación de centros convulsivantes situados a distinto nivel: centro de convulsiones tónicas en el bulbo, de convulsiones clónicas en la protuberancia, y de movimientos de natación en la parte inferior del mesencéfalo. Por este diverso origen de los impulsos convulsivantes, el proceso epiléptico puede ser desmembrado por cortes seriados del tallo cerebral, desmembración quirúrgica del ataque; también es posible, como lo demuestran las experiencias, una desmembración farmacológica, que se consigue—en cierto grado—con la antipirina, que produce la mengua de las convulsiones clónicas, dejando intactas las tónicas, y por la cloralosa que suprime las convulsiones tónicas persistiendo las clónicas. Estas observaciones han sido verificadas en 25 gatos descerebrados.

Discusión: El Dr. Trelles encuentra interesante paralelismo entre esos resultados y los obtenidos por excitaciones directas en los monos, comunicadas por Grahambaum.

CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA y H. ROTONDO: **Mecanismo de las crisis epileptiformes producidas por el Cardiazol en sapos intactos y descerebrados.**—El Cardiazol produce en el sapo intacto, por vía endovenosa, convulsiones tónicas que tienen gran semejanza con las correspondientes convulsiones tónicas del mamífero; las convulsiones clónicas son menos definidas y los movimientos rítmicos no se presentan. Las dosis eficaces, endovenosas, son aproximadamente diez veces mayores que en el hombre, y el período de latencia es notablemente más largo. En los sapos talámicos y bulboprotuberanciales las convulsiones se producen en forma idéntica, precediendo a la crisis convulsiva un aumento del tono muscular. En las preparaciones espinales sólo pudo demostrarse aumento de reflejos a las dosis usuales, y convulsiones fugaces con dosis extraordinariamente elevadas. La conservación de la sensibilidad periférica no es necesaria para que aparezcan las convulsiones, como en el caso de la estricnina, sin embargo, las convulsiones que se observan en el preparado espinal suelen tener cierta semejanza—y en consecuencia cierta dependencia de la sensibilidad exteroceptiva—con las convulsiones producidas por aquel alcaloide. El origen de las convulsiones en el animal intacto debe atribuirse, como en los vertebrados superiores, a la excitación de los centros convulsivantes sub-corticales.

Discusión: El Dr. Delgado felicita al comunicante, y cree que la acción convulsivante del Cardiazol y de la Coramina, permitirá la prosecución de estudios que puedan aclarar el enigma fisiopatológico de la epilepsia.

J. O. TRELLES : **Un caso de Poliomielitis anterior aguda, que mejora en poco tiempo con la fisioterapia continuada.**—Presenta un caso de Poliomielitis anterior aguda en un adulto, de forma extenso-progresiva, y en el que la fisioterapia intensa seguida durante dos años, ha permitido una recuperación funcional muy grande. Cree conveniente llamar la atención de los señores miembros, sobre el plazo reducido en que se ha observado esa recuperación.

Sesión del 7 de Diciembre de 1938

SERGIO BERNALES: **Circular de la Sociedad a los médicos de provincias.**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

—Conforme al acuerdo de sesión anterior, ofrece el texto de la comunicación que la Sociedad aprobó que fuera dirigida a los médicos de provincias.

Distinguido colega: Como Ud. bien sabe, con los modernos métodos de tratamiento, se obtiene efecto curativo en la Esquizofrenia y enfermedades mentales no sintomáticas de enfermedad corporal, pero es condición indispensable para que se obtenga ese efecto que sea precoz su aplicación, y esto ha motivado que la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal acuerde dirigirse a los médicos para que procuren hacer precozmente el diagnóstico de la Esquizofrenia, y enfermedades mentales no sintomáticas de enfermedad corporal, y que si es posible, gestionen que esos enfermos sean trasladados rápidamente a Lima para aplicarles esos métodos. Lo que me es grato comunicar a Ud. en nombre de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, y presentarle testimonio de atenta consideración.

FEDERICO SAL Y ROSAS: **El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol.** —El autor presenta los resultados primeros de sus experiencias en el servicio del Dr. Honorio Delgado sobre la acción terapéutica del Cardiazol en la Epilepsia, hecho descubierto fortuitamente en el curso de ensayos de farmacodiagnosis diferencial Epilepsia-Histeria. Presenta 8 cuadros epilépticos, clasificados en tres grupos: 1º con privación de sedantes, un caso; 2º con administración casi constante de ellos, tres casos; y 3º con administración episódica de anticonvulsivos, dos casos. Gráficas sobre la evolución de los síntomas antes, durante y después del Cardiazol ilustran la exposición. De los 8 casos, en 6 hay remisión apreciable aunque no completa, tanto de los accidentes motores como del cuadro somato-anímico interaccesional, a veces con transformación del carácter. En la epilepsia genuina los que mejor reaccionan al Cardiazol son los de menor tiempo de enfermedad y de mayor edad de comienzo. En los dos primeros casos se ha llegado a provocar respectivamente, 16 y 21 ataques cardiazólicos en tiempos respectivos de 6 y 3 y medio meses. En 3 casos con remisión, la acción terapéutica se ejerce con inyecciones no convulsivantes.

Discusión: El Dr. Loret de Mola considera que los casos con características de heredo-lúes, como el segundo de los presentados, permitirán conocer el resultado de esta nueva terapia en las formas de epilepsia secundarias a la infección sifilítica.

El Dr. Trelles recuerda que en sus trabajos con Morante sobre diagnóstico de la Epilepsia con el Cardiazol, pudo observar el alejamiento de las crisis. Actualmente ha prescrito a cierto número de epilépticos Cardiazol por vía oral, y ofrece comunicar los resultados.

El Dr. González Olaechea resalta el valor diagnóstico del Cardiazol en la Epilepsia, recordando un paciente de encefalitis epidémica con crisis comiciales. en quien se realizó ese test. Considera que la semejanza del medio terapéutico con el síntoma beneficiado es del más alto interés fisiopatológico.

El Dr. Gutiérrez-Noriega refiere haber hecho experiencias similares, mas sin la misma técnica usada por el comunicante, y solamente pudo obtener mejoría en los casos de agitación psico-motriz; en cambio, las observaciones verificadas en 20 epilépticos que fueron sometidos a la acción del Cardiazol a dosis convulsivante no revelaron ningún efecto favorable, ni sobre el psiquismo ni sobre la frecuencia de los ataques.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El Dr. Voto Bernales opina que los resultados del comunicante, son hechos que se imponen como promesa valiosa en el tratamiento de la epilepsia.

El Dr. Bernales propone que la Sociedad se interese porque se hagan estudios más amplios que aclaren el mecanismo de esa acción terapéutica, investigándose la bioquímica de la sangre antes y después del acceso.

El Dr. Delgado llama la atención acerca de la escasez de la literatura sobre el tema tratado sistemáticamente por el Dr. Sal y Rosas. Declara no conocer más antecedentes que estos: Schoenmehl, en 1936, preconiza el ataque provocado con Cardiazol para interrumpir estados crepusculares prolongados y otros síntomas epilépticos; posteriormente, Hardon, a raíz de observar que un ataque producido por el Cardiazol suprime ataques epileptiformes frecuentes surgidos en la cura de la esquizofrenia con insulina, considera posible un efecto de igual clase sobre los ataques epilépticos espontáneos; hace pocos meses Zetterholm, partidario de la hipótesis de Frisch—según la cual el ataque epiléptico, con la vasoconstricción inicial, representa una especie de autocuración del organismo para regularizar un trastorno del metabolismo de origen todavía desconocido—, ha aplicado la convulsión artificial a dos epilépticos, verificando sus buenos efectos (supresión de los ataques espontáneos en un caso y atenuación de la intensidad de los mismos en el otro caso); por último, Mikorey defiende una teoría semejante a la de Frisch, incluyendo en ella el mecanismo del efecto curativo del procedimiento concebido por von Meduna para la esquizofrenia.

ALEJANDRO ARELLANO: **Síndrome de Hemicorea.**—Presentado por el Dr. Trelles, el autor expone la observación de una paciente de 14 años, que presenta hace dos meses un síndrome de hemicorea, perfectamente diferenciado, con movimientos característicos en la región hemifacial y miembros del lado derecho, con gran hipotonía muscular en el territorio en que se presentan esos movimientos involuntarios, conservándose normalmente el lado izquierdo del cuerpo. El examen clínico no demuestra ninguna otra anormalidad. Las reacciones serológicas son negativas. Entre los antecedentes sólo figura amigdalitis crónica operada hace un año. Fué sometida a tratamiento salicilado y vitamínico B1 obteniéndose lentamente mejoría. Reproduce los conceptos más aceptados sobre la etiopatogenia y la localización central de los movimientos coreicos, destacando la importancia del núcleo estriado en su determinismo. Discute la etiología infecciosa del síndrome observado, que le parece más posible por la remisión operada con el tratamiento. Entre los agentes infecciosos, abonan en favor del virus encefalítico la falta de otras manifestaciones de orden reumatismal, y la condición epidémica actual en que se ha presentado este cuadro.

Discusión: El Dr. Trelles encuentra interesante la forma unilateral de este síndrome, tratándose de una etiología probablemente encefalítica.

El Dr. González Olaechea refiere haber observado coreas monosintomáticas tanto en la encefalitis epidémica como en el reumatismo, sin lesiones articular ni cardíaca. Cree que está justificada la etiología encefalítica de este caso, ocurrido en una época de epidemia.

El Dr. Bernales cita las conclusiones de Austregesilo, sobre la frecuencia de la etiología vascular en las coreas parciales, y raramente infecciosa como en este caso, que juzga de gran interés.

Jorge Voto Bernales C.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS PANAMERICANAS

Continúan en progreso los preparativos de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, que se realizará en Lima del 20 al 25 de marzo de 1939. En el curso del último trimestre (véase la información del número anterior de esta revista) se ha anunciado la aceptación de dos ponentes oficiales: el Prof. Luis Landa Lyon (La Paz), que se ocupará del tema "Deontología en la práctica del seguro social" y el Dr. Heitor Péres (Río de Janeiro), cuya ponencia versará sobre "Convulsoterapia de la esquizofrenia y su alcance médico-social".

Se han constituído ya los siguientes comités: en Argentina, con el Prof. Oswaldo Loudet como Presidente Ejecutivo; el Dr. Alberto Bonhour, Secretario General; el Dr. Juan Martín E. González, Secretario de Actas; y el Dr. Luciano Allende Lezama, Tesorero. Bolivia (Sucre): Prof. Jaime Mendoza, Presidente; Dr. Carlos Morales y Ugarte, Secretario, y Dr. Carlos Benavides, Tesorero. Brasil (Río de Janeiro y norte del país): Profs. A. Austregesilo y Henrique Roxo y Drs. Odilon Gallotti y Adauto Botehlo. Colombia: Profs. Maximiliano Rueda y Guillermo Uribe Cualla. Chile: Prof. Arturo Vivado O., Presidente; Dr. Octavio Peralta V., Secretario. México: Profs. Samuel Ramírez Moreno y Juan Peón del Valle. En el Segundo Boletín de las Jornadas, en preparación, aparecerá la nómina completa de los Comités, así como la relación de los trabajos anunciados y todos los datos relativos a la preparación de este congreso científico.

En lo que respecta a la gestión diplomática, han acusado recibo de la invitación y expresan que prestan atención a su concurrencia a las Jornadas de Lima los Gobiernos de la República Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Panamá, Paraguay, Uruguay y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Venezuela. Por su parte, la Universidad Mayor de San Marcos ha invitado a aquellas universidades del Continente que tienen facultad de medicina.

NUEVAS REVISTAS

Index. Revista ibero-americana de análisis bibliográficos de Neurología y Psiquiatría

Elegantemente presentada, acaba de aparecer en Buenos Aires esta nueva revista dirigida por Roque Orlando con la colaboración de E. E. Krapf, B. A. Moyano y H. M. Piñero. **Index,** como lo indica su nombre, es una revista dedicada a análisis de trabajos ibero-americanos. Además, cada número contiene una importante "revista general" sobre un tema de actualidad, información acerca de reuniones de cultores de la especialidad y, eventualmente, un boletín del Hospicio de las Mercedes. Es digno de notar que los análisis, escuetos y substanciales, permiten apreciar la ya abundante producción científica ibero-americana en materia de neurología y psiquiatría. **Index** viene a su hora a colmar un vacío y representa un noble esfuerzo de buen americanismo. Al desear larga vida y prosperidad a la nueva publicación argentina, nos complacemos en enviar a sus directores nuestra más viva felicitación.

Neurobiología

También desde mediados de 1938 aparece en Recife (Pernambuco) esta revista. Con Ulysses Pernambucano como Director, Alcides Benicio, Director-gerente, y René Ribeiro, Secretario, **Neurobiología** cuenta con un comité de redactores numeroso y diferenciado en sus funciones. La nueva publicación brasilera es trimestral y cada fascículo consta de más de 100 páginas. A juzgar por el N° 2, que nos ha sido enviado, se trata de una publicación digna de aplauso y de indefinida pervivencia en medio de la rica producción de los especialistas del Brasil, de la cual da una idea el artículo de Heitor Péres, inserto en el presente número de nuestra Revista.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INDICE DEL TOMO I

TRABAJOS ORIGINALES

Pág.

P. Anglas Quintana : Aspecto neurológico del ataque provocado por el Cardiazol en esquizofrénicos 420

Honorio Delgado : Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol a dosis convulsivante 19

Honorio Delgado : Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas 255

Honorio Delgado, J. F. Valega y Carlos Gutiérrez-Noriega : Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina 463

Luis D. Espejo : Sobre un caso de miastenia gravis. Consideraciones generales sobre las miopatías 109

Fernando Figari Díez Canseco : Anormalidades de la memoria en los esquizofrénicos tratados por el Cardiazol 150

Max González Olaechea : Neuro-axitis localizada preferentemente en los centros vegetativos de la medula 7

Max González Olaechea : Aracnoiditis espinal pseudo-tumoral en el curso de la neuro-axitis. Curación 499

Carlos Gutiérrez-Noriega : Catatonia experimental y shock cardiazólico 85

Carlos Gutiérrez-Noriega : Acerca del origen y mecanismo de las convulsiones producidas por el Cardiazol en los gatos descerebrados 373

Carlos Gutiérrez-Noriega : (véase Honorio Delgado) 463

Arturo Jiménez Borja: Iconografía esquizofrénica 551

J. Jiménez : (véase J. O. Trelles) 134

Carlos F. Krumdieck : Sobre el tratamiento de la alienación mental por el Cardiazol a dosis convulsivante 504

M. Méndez : (véase J. O. Trelles) 51

M. Méndez : (véase J. O. Trelles) 134

H. Morante Febres : (véase J. O. Trelles) 354

Heitor Péres : La psiquiatría y la asistencia de alienados en el Brasil 516

Federico Sal y Rosas : Tratamiento de las neurosis por el Cardiazol . . 533

L. Suárez : (véase J. O. Trelles) 51

J. O. Trelles, L. Suárez y M. Méndez : Un caso anatomo-clínico del síndrome de Benedikt 51

J. O. Trelles, M. Méndez y J. Jiménez : Tuberculosis del mesencéfalo y del lobulillo paracentral (Contribución al estudio de los síndromes del Núcleo Rojo) 134

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

J. O. Trelles y H. Morante Febres : La prueba del Cardiazol en el diagnóstico de la epilepsia 354

J. F. Valega : (véase Honorio Delgado) 463

Jorge Voto Bernales C. : Contribución al estudio de la regulación nerviosa de la sangre. Observaciones hematológicas en síndromes agudos cráneo-cefálicos 174

NOTICIA DE LIBROS

B. Arce Molina : Higiene Mental 216

Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale 570

A. Austregesilo : L'analyse mentale en pratique médicale 217

Mariano J. Barilari : Hechos clínicos y su interpretación 217

Juan Ramón Beltrán : Publicaciones de la Cátedra de Historia de la Medicina 445

Joh. Bresler : Das Träumen als geistig-seelische Nachtarbeit 445

L. Corman : Quinze lecons de morpho-psychologie 571

Gaston Ferdiere : L'erotomanie 218

A. Gemelli y colaboradores : Contributi del Laboratorio di Psicologia . 572

Armando Jedlicky S. : El Sistema vegetativo 573

O. Lange : O liquido cefaloraquidiano em clinica 574

René Martial : Race, Hérédité, Folie 446

Monrad-Krohn : Clinical examination of the nervous system 574

Antonio Morales San Martín : Tratamiento de la esquizofrenia por el shock hipoglicémico 575

Alejandro Raitzin : El hombre normal, ese otro desconocido 219

H. Rickert : Ciencia cultural y ciencia natural 220

Henrique Roxo : Manual de psychiatria 221

K. Schaffer y D. Miskolczy : Anatomische Wesensbestimmung der hereditar-organischen Nerven-geisteskrankheiten 575

F. Vidal y B. Courtis : Corteza visual (Estudio filogenético) 576

Ladislaus von Meduna : Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie . . . 447

REVISTA DE REVISTAS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete :

E. Kueppers : El tratamiento de la esquizofrenia con insulina y con Cardiazol 449

Annales Medico-Psychologiques :

Honorio Delgado : Tratamiento de la esquizofrenia por el pentametilenotetrazol 578

Jean Lhermitte : Desórdenes de la función hípnica y alucinaciones 578

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Annales d'Oculistique :

J. S. Charamis : Síndrome de las escleróticas azules 579

E. Hermann y Louis Guillaumat : Aspecto del fondo de ojo en los tumores intracraneanos. Estudio estadístico 579

T. A. Vos : La catarata de la distrofia miotónica 579

American Journal of the Medical Sciences :

John Romano : Síndromes de deficiencia asociados al alcoholismo crónico 226

Archives de Psychologie :

Ed. Claparede : A propósito de un caso de percepción sincrética . . 580

Archives of Neurology and Psychiatry :

Armando Ferraro : Procesos desmielinizantes primarios del sistema nervioso central. Ensayo de unificación y clasificación 224

George B. Hassin : Neuro-óptico mielitis y esclerosis múltiple. Estudio anatómico 224

Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi :

M. Levi Bianchini : Observaciones sobre la "Cura búlgara" en el tratamiento del parkinsonismo encefalítico desde el punto de vista clínico, estadístico y hospitalario 223

Ladislaus v. Meduna : La terapéutica de las convulsiones en la esquizofrenia 222

Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas:

Julio Endara : Psicodiagnóstico de Rorschach y delincuencia 581

Biologie Médicale :

H. Hermann : La vida sin medula espinal 227

G. Ichok : Estudios sobre la población francesa. Los psicópatas . . 582

Deutsche medizinische Wochenschrift :

Gerhard Franke : Un caso salvado de grave intoxicación por insulina 229

Index:

E. E. Krapf : La patología cerebral según Karl Kleist 582

International Journal of Psycho-Analysis :

Ernest Jones : Amor y moralidad. Un estudio de los tipos del carácter 230

Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie :

Alph. Leroy : El tratamiento convulsivante de la demencia precoz 231

Journal of Mental Science :

Rudolf Freudenberg : Insulinoterapia. Una revista con especial referencia al mecanismo de la cura 450

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Journal of Nervous and Mental Disease :

Paul Schilder : Psicopatología del tiempo 233

Samuel Weingrow, T. Fitch y A. Pigott : Algunos hallazgos neurológicos en la epilepsia 583

Joseph Wortis : Sobre las respuestas de pacientes esquizofrénicos al shock insulínico hipoglicémico 232

Medicina, Cirugia y Pharmacia :

J. Maroz : Demencia paralítica y tabo-parálisis general infantil ... 584

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie :

V. E. Freiherr von Gebsattel : El mundo del enfermo de obsesión 581

Neopsichiatria :

M. E. Torsegno : La sordera como causa de reacción paranoide ... 451

Nervenarzt :

A. v. Braunmühl : El "método del zigzag", su técnica y su aplicación como prueba de sensibilización en el tratamiento de la esquizofrenia por el shock insulínico 451

Paul Krauss : Acerca de la psicoterapia de los desarrollos y reacciones paranoides 234

Albrecht Langelüddeke : El significado del ataque provocado por el Cardiazol para el diagnóstico de la epilepsia 586

Note e Riviste di Psichiatria :

Giorgio Sogliani : Consideraciones sobre dos casos de epilepsia mioclónica de Unverritch 588

Ezio Zerbini : La cura convulsivante de las enfermedades mentales 453

Presse Médicale :

Gaetano Boschi : Los tratamientos dia-céfalo-raquídeos 455

Proceedings of the Royal Society of Medicine :

G. W. B. James, Rudolf Freudenberg & A. Tandy Cannon : Un año de experiencia del tratamiento de la esquizofrenia con insulina 588

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift :

Ladislaus von Meduna : Acerca de las faltas más frecuentes en el tratamiento convulsivante 237

Psychoanalytic Quarterly :

Gregory Zilboorg : El sentido de la inmortalidad 590

Psychoanalytic Review :

W. Bromberg & P. Schilder : La actitud de los psico-neuróticos hacia la muerte 239

Cora du Bois : Algunas perspectivas antropológicas de la psicoanálisis 241

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

J. Wielawski y W. Winiarz : Algunas observaciones de tres años de estudios de psicopatología y de psicología genética en Asia 240

Revista Argentina de Neurología y Psiquiatría:

Alfonso P. Quaranta : Tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel (Insulinoterapia) 591

Revista de la Colonia Etchepare :

Isidro Mas de Ayala y Luis Manuel Martínez : Tratamiento por el coma insulínico de la esquizofrenia 455

Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas :

Octavio Peralta V. : La convulsivo-terapia de la esquizofrenia ... 591

Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal :

Juan Peón del Valle : Aportación a la casuística de las pseudopercepciones 592

Samuel Ramírez Moreno y Teodoro Flores Covarrubias : Síndrome epiléptico y proceso aneurismático de la presa de Herófilo y de los senos laterales 592

Revista Neurológica .

J. Aranovich : La atrofia cerebelosa marginal bibasal de Chr. Jacob 243

Vicente Dimitri y Julio Aranovich : Acerca de algunos aspectos de la atrofia cortical del cerebro 242

Vicente Dimitri y Felipe M. Cía : Intoxicación oxicarbonada con manifestaciones estriadas 242

Rivista di Freniatria :

Paolo Ottonelo : Contribución al conocimiento de la patogénesis de la atrofia muscular de origen cerebral 593

R. Pascualini : Antiguas y recientes adquisiciones sobre la anatomía patológica de la demencia senil 593

Rivista di Psicologia Normale e patologica :

Fr. Agostino Gemelli O. F. M. : Los reflejos condicionados en psiquiatría infantil 245

Mario Ponzo : Métodos de examen de las funciones motoras voluntarias 246

Schizofrenie :

G. Borgarello : La eritrometría en psiquiatría 594

G. Borgarello : La plaquetometría en psiquiatría 595

G. Borgarello : Estudio del mielograma en los dementes precoces 595

P. Cassiano y L. di Fortunato : Reactividad hematológica a la histamina en los dementes precoces y en los epilépticos 595

L. di Fortunato : La linfocitometría en el diagnóstico diferencial distimia-esquizofrenia 593

Giovanni Fattovich : La fórmula de Arneth en las convulsiones

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

provocadas por el Cardiazol en los esquizofrénicos 596

Emilio Rizzatti : Estado actual de la hematología en la esquizofrenia 594

Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie :

F. Humbert y A. Friedemann : Críticas e indicaciones de los tratamientos de la esquizofrenia 249

M. Müller : La insulinoterapia de la esquizofrenia 248

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie :

Theo Lang : Nueva contribución al problema del condicionamiento genético de la homosexualidad 252

I. H. Schultz : Observaciones al trabajo anterior 253

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Sesión del 7 de Septiembre de 1938 :

Honorio Delgado : Fantopsias en un caso de desprendimiento de la retina 458

Carlos F. Krumdieck : Sobre el tratamiento de la alienación mental por el Cardiazol a dosis convulsivante 457

J. O. Trelles y M. Méndez : Síndrome inferior del núcleo rojo 459

Juan Voto Bernales y Jorge Voto Bernales C. : Un caso de encefalitis hemorrágica 457

Sesión del 5 de Octubre de 1938 :

Sergio Bernales : Recomendaciones sobre el diagnóstico precoz de la esquizofrenia 595

Max González Olaechea : Aracnoiditis espinal enquistada en el curso de una neuro-axitis 598

Federico Sal y Rosas : El tratamiento de las neurosis por el Cardiazol 598

J. O. Trelles y Jorge Voto Bernales : Epilepsia y reflejo óculo-cardíaco 600

Sesión del 2 de Noviembre de 1938 :

Luis Chávez Velando : Significación clínica y fisiopatológica de la fotofobia 600

Carlos Gutiérrez-Noriega, F. Alarco y H. Rotondo : Las convulsiones producidas por Coramina en los gatos descerebrados 601

Carlos Gutiérrez-Noriega y H. Rotondo : Mecanismo de las crisis epileptiformes producidas por el Cardiazol en sapos intactos y descerebrados 602

J. O. Trelles : Un caso de poliomielitis anterior aguda, que mejora en poco tiempo con la fisioterapia continuada 602

Jorge Valdeavellano : Edema papilar, único síntoma de meningitis serosa 601

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pág.

Sesión del 7 de Diciembre de 1938.

Alejandro Arellano : Síndrome de hemicorea 604

Sergio Bernales : Circular de la Sociedad a los médicos de provincias 602

Federico Sal y Rosas : El tratamiento de la epilepsia por el Cardiazol 603

INFORMACION

Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas . 254

Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas 461

Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas . 605

Nuevas Revistas :

Index. Revista ibero-americana de análisis bibliográficos de Neurología y Psiquiatría 606

Neurobiologia 606

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ECONOMIA DE LA REVISTA

Precio del número en Lima	S/.	1.50
En provincias	„	2.00
Suscripción anual en Lima	„	5.00
Suscripción anual en provincias	„	6.00

Lugar de venta en Lima:

IMPRENTA GIL, S. A. — JUNIN No. 459

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Empresa Periodística S. A.--LA PRENSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera